UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 *N° 56*

La Réhabilitation Professionnelle des Alcooliques

traités par le Tetra Ethyl-Thiurame-Disulfide

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée

et soutenue publiquement en Juin 1951

par

JEANNE PONTIER-HUC

Pharmacien

Membres du Jury

MM. RISER, Président
VINCENT
BOUNHOURE } Assesseurs
GAYRAL
DARDENNE, Suppléant

IMPRIMERIE ARTISTIQUE
LAVAUR (Tarn)
—
1951

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 *N° 56*

La Réhabilitation Professionnelle des Alcooliques

traités par le Tetra Ethyl-Thiurame-Disulfide

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée

et soutenue publiquement en Juin 1951

par

JEANNE PONTIER-HUC

Pharmacien

Membres du Jury

MM. RISER, Président
VINCENT
BOUNHOURE } Assesseurs
GAYRAL
DARDENNE, Suppléant

IMPRIMERIE ARTISTIQUE
LAVAUR (Tarn)
—
1951

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. LEFEBVRE.
ASSESSEUR	BRUSTIER.
Doyens honoraires	GORSE, CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL. MM. MÉRIEL, MM. GARIPUY
LAFFORGUE CLERMONT, RIBAUT,
SERR, VALLOIS.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER.
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFEBVRE.
Anatomie	LAZORTHES.
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne et Clinique des Maladies de la Tuberculose	MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MÉRIEL (P.).
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ (P.)
Médecine légale et du Travail	PLANQUES.
Histologie et Embryologie	BROUSSY.
Médecine Sociale	BOUNHOURE.
Thérapeutique	GADRAT.
Pathologie Chirurgicale	GRIMOUD.
Stomatologie	CADENAT.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM. BAISSET.
Anatomie	COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM. POULHÈS.
Histologie	BIMES.
Sciences naturelles	BOUISSET.
Pharmacie	COUTURIER.
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU
Bactériologie	Mme ENJALBERT.
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI.
Physique médicale	AUVERGNAT.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.

AGRÉGÉS

Médecine	MM. DARNAUD.
	GÉRAUD.
	DARDENNE.
	LAPORTE (J.).
	BAUDOT.
Ophtalmologie	DÉODATI.
Physique médicale	MARQUÈS.
Obstétrique	PONTONNIE.
Chirurgie	RIEUNAU.
	DIEULAFÉ.
	DAMBRIN (P.).
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.
Urologie	LHEZ.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM.
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY.
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P.).
Chimie minérale	BLANC.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Tuberculose	MOREL.
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.).
Parasitologie	BAUDOT.
Cryptogamie	DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique	BLANC.
Hydrologie et géologie	ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie (Méd.), (Phar.)	BAISSET.
	CAUJOLLE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Ophtalmologie	DÉODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Mycologie	MORQUER.
Physiologie	COLOMBIES.
Psychiatrie	GAYRAL.
Urologie	LHEZ.

Secrétaire de la Falcuté ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

RIJKSUNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

A MON MARI ET A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur RISER

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique de Neurologie et Psychiatrie,

Qui a bien voulu s'intéresser à ce travail et nous a fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

Modeste témoignage de notre gratitude et de notre respectueuse admiration.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur VINCENT

Professeur de Matière Médicale

Qui a bien voulu nous compter au nombre de ses élèves, en témoignage de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur BOUNHOURE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin-Chef des Hôpitaux,

Professeur de Médecine Sociale.

En témoignage de notre respect.

Monsieur le Docteur GAYRAL

Chargé de Cours à la Faculté

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Qui nous a fait l'honneur et l'amabilité d'inspirer et de diriger ce travail.

Monsieur le Professeur Agrégé DARDENNE

Médecin des Hôpitaux

INTRODUCTION

L'agression de l'alcool éthylique provoque dans l'organisme, et particulièrement sur le système nerveux, des lésions et des désordres fonctionnels qui nuisent grandement à l'exercice normal et équilibré de la vie sociale de l'intoxiqué.

Les troubles du caractère et de la conscience, les symptômes neurologiques sensitivo-sensoriels et moteurs s'associent pour faire de l'alcoolique un individu qui remplit mal ses devoirs humains dans la famille, à son travail, dans la cité. Il est un mauvais père, un mauvais ouvrier, un mauvais citoyen.

C'est dire que l'alcoolisme pose au médecin et plus particulièrement au neuro-psychiatre, un problème de pathologie sociale très général.

L'apparition d'une nouvelle méthode de traitement, nouvelle autant par la nature du médicament que par les mécanismes de son action, permet d'entrevoir peut-être une ère nouvelle dans nos moyens de lutte contre ce fléau.

Nous avons limité l'objet de cette étude à l'aspect professionnel de la réhabilitation des alcooliques pour plusieurs raisons :

Les unes d'ordre pratique. C'est ainsi qu'il est spécialement commode de suivre les malades traités à l'atelier, au bureau, sur le chantier, d'avoir des opinions objectives, de la part de camarades, d'employeurs, sur un mode d'activité précis, limité et somme toute assez bien mesurable.

Les autres, d'ordre plus spéculativement psychologiques. Le milieu du travail permet, non seulement d'étudier les facteurs individuels, par l'activité du sujet sur l'OBJET DU TRAVAIL, mais aussi ses réactions et son adaptation dans le CADRE DU TRAVAIL, car la psychopathologie est une pathologie de groupe, une pathologie d'*Interactions humaines.*

Ce travail a été fait à la Clinique Neurologique de M. le Professeur RISER que nous remercions très respectueusement, et sous la direction de M. le Docteur GAYRAL

La plupart de nos observations proviennent des services de M. le Professeur RISER, et particulièrement du Centre Départemental d'Hygiène et de Prophylaxie Mentale.

Nous remercions aussi M^lle^ CLARE, Assistante Sociale Chef du Centre d'Hygiène et Prophylaxie Mentale, à qui l'on doit les enquêtes et la surveillance médico-sociale des malades qui font l'objet de ce travail.

Nous remercions également le Docteur Y. HERVÉ qui a bien voulu nous confier quelques observations personnelles.

Nous adopterons le plan d'exposé suivant :

ASPECT GENERAL DU PROBLEME DE LA REHABILITATION PROFESSIONNELLE DES ALCOOLIQUES PAR LE T.T.D.

L'alcoolique et sa profession.

Le T.T.D. et l'alcoolique.

Le problème pratique de l'emploi du T.T.D. pour la réhabilitation professionnelle.

TECHNIQUE

Le choix des malades.

Pratique de la « désintoxication ».

La période de « consolidation ».

RESULTATS

Les succès : exposé des observations et réflexions.

Les échecs : exposé des observations et réflexions.

CONCLUSIONS

Aspect Général du Problème de la Réhabilitation Professionnelle des Alcooliques traités par le T. T. D.

I. L'ALCOOLIQUE ET LA PROFESSION

L'alcoolisme provoque dans l'organisme des désordres dont les conséquences sont spécialement néfastes pour la capacité professionnelle.

Les TROUBLES NEUROLOGIQUES : tremblement, dysesthésies, ataxie, parésies, amblyopie grèvent lourdement l'habileté manuelle, contrarient le « délié » moteur propre à chaque profession, le « tour de main » qui assure la précision. Ils sont aussi à l'origine d'une fatigabilité physique rapide qui diminue le rendement.

Les TROUBLES PSYCHIQUES ont des conséquences analogues, quand il s'agit de déficit intellectuel. Mais aussi, les perturbations de l'humeur, les troubles du caractère, l'exaltation morbide des dynamismes pulsionnels, sont autant de phénomènes qui retentissent sur l'homogénéité de l' « équipe », qui diminuent l'alcoolique en tant que membre d'une « cellule sociale » élémentaire, le groupe « professionnel ».

Enfin, *les EPISODES SUBAIGUS*, hépatiques, névritiques, confusionnels ont pour conséquence des arrêts de travail, souvent prolongés qui réalisent par leur répétition une sorte d'absentéisme chronique.

Il ne faut pas oublier enfin, que l'alcoolique, tantôt simplement par l'exemple, mais encore souvent parce qu'il est doué de prosélytisme actif, entraîne ses compagnons à boire.

A l'égard de la Sécurité Sociale, il est un assuré spécialement peu intéressant, dont la collectivité doit payer le traitement de multiples lésions viscérales et de nombreuses journées d'absences, en attendant l'invalidité définitive précocement acquise en raison des troubles psychiques, neurologiques, hépatiques et autres de l'alcoolisme chronique irréversible, parfois compliqué de tuberculose.

Enfin, l'alcoolisme prédispose, pour de multiples raisons, aux accidents du travail qui prennent encore une gravité spéciale sur un terrain débilité et se compliquent aisément de sinistrose.

Mauvais ouvrier,
Mauvais compagnon,
Absentéisme,

sont les caractéristiques de l'activité professionnelle de l'alcoolique.

II. LE TETRA-ETHYL-THIURAME-DISULFIDE (T.T.D.) ET L'ALCOOLIQUE

Depuis bien longtemps, on a essayé des procédés pour empêcher l'alcoolique de boire et le rééduquer, dans la

mesure où des tares irréversibles n'étaient pas déjà intervenues, afin de lui restituer sa place dans la société.

On doit reconnaître que les différents essais de « désintoxication » et de « réhabilitation » ont été, jusqu'ici, des échecs. Certes, on cite des cas — et il s'agit de sujets doués d'une volonté peu commune et encore relativement épargnés par l'alcool — où le sevrage alcoolique et la renaissance à une activité sociale équilibrée et riche, ont été possibles. Mais ce ne sont que des cas isolés et des méthodes à usage très limité, sans conséquence pratique, socialement parlant.

Il faut une méthode simple, applicable au plus grand nombre, par des procédés à la portée des moyens en vigueur de l'équipement sanitaire, et le plus possible indépendante de l'individualité de chacun : ce sont les conditions obligatoires pour arriver à l'efficacité véritable.

Nous ne passerons pas en revue les divers procédés de désintoxication alcoolique employés avant le T.T.D., aucun d'eux ne possède les qualités requises :

— Simplicité d'application,

— Indépendance des facteurs individuels de l'intoxiqué,

— Possibilité d'être utilisée sur une très grande échelle,

— Effet durable.

La méthode de désintoxication par le T.T.D. semble bien apporter quelque chose de neuf, tant par la simplicité de son application, que par la nature de son action, physique et psychologique; c'est en tout cas, le procédé qui approche du plus près à satisfaire les exigences que nous exposons ci-dessus.

Cette méthode, d'origine danoise, est utilisée dans les pays Scandinaves depuis 1946, et en France depuis 1948. Elle n'est ni une contrainte, ni un « dressage » (REQUET) comme la méthode à l'apomorphine. Elle est originale.

En réalité, la difficulté du problème des rapports qui existent entre la méthode par T.T.D. et l'alcoolique réside dans le fait que l'alcoolisme n'est pas une maladie, mais un symptôme, ou, si l'on veut, un résultat, et que traiter l'alcoolisme par quelque méthode que ce soit, ne servira à rien, parce que la cause est épargnée. Et la conséquence de cette manière de voir est facile à deviner: l'échec, c'est-à-dire la récidive plus ou moins rapide.

Si le T.T.D. semble apporter quelque chose de nouveau, c'est, autant qu'il paraisse jusqu'ici, en se montrant capable d'effectuer la cure de l'alcoolique d'une manière particulièrement indépendante du passé de l'alcoolique et des facteurs qui l'ont conduit à son vice, ou plutôt, PLUS INDEPENDANTE que les autres méthodes de ces facteurs. C'est là le fait le plus marquant de son originalité et, si ce caractère se vérifie, le plus sûr garant de son intérêt.

On aura à revenir sur ces points, plus tard, après avoir pris connaissance des observations.

III. LE PROBLEME PRATIQUE DE L'EMPLOI DU T.T.D. POUR LA REHABILITATION PROFESSIONNELLE

Il est rare que l'alcoolique soit envoyé au médecin pour les troubles de l'activité professionnelle. Il nous vient, le plus souvent, à l'occasion d'un épisode mental subaigu, confusionnel ou d'agitation, d'un incident viscé-

ral, surtout polynévritique ou optique, ou encore, amené par la famille en raison des inconvénients caractériels notamment.

L'enquête médico-sociale indique à peu près toujours l'existence des perturbations de l'activité professionnelle. La désintoxication, si elle réussit, solutionnerait d'un seul coup la plupart des difficultés. Aussi, quand les troubles épisodiques qui ont conduit le malade à consulter sont apaisés, propose-t-on la cure de T.T.D. à l'intéressé et à sa famille.

Dans un nombre de cas plus élevé qu'on n'aurait osé penser, les sujets se présentent eux-mêmes pour être désintoxiqués, avec le désir d'en finir avec la contrainte de leur vice, attirés parce qu'ils ont entendu parler d'une nouvelle méthode, ou par l'exemple d'un ami, d'un voisin, qui a été traité avec succès.

Le véritable problème social de l'emploi d'une méthode de désintoxication alcoolique est son application à une grande quantité d'individus.

L'alcoolisme est un symptôme et un phénomène morbide individuel. Théoriquement on devrait recourir à la cure personnelle, et s'attaquer aux causes premières proprement dites et non pas à la toxicomanie éthylique qui est un fait secondaire, acquis et conditionné. Mais c'est socialement impossible, et la solution satisfaisante doit être cherchée ailleurs: la désintoxication alcoolique individuelle, avec applications thérapeutiques spéciales, psychothérapie, ne peut être qu'exceptionnelle.

Certes, la méthode qui s'adresse à la « conduite » toxicomaniaque est vicieuse dans son principe. Mais si l'on veut faire œuvre socialement valable, *œuvre de masse*, on est contraint tout en essayant, dans la mesure du possible de tenir compte des facteurs individuels, de

passer sur les principes et de prendre son parti d'un certain nombre d'échecs, car il faut faire « vite » et « pour le plus grand nombre ». Le T.T.D. semble, de toutes les méthodes indirectes jusqu'ici proposées, la plus commode pour cet emploi.

Un dernier point est de savoir si à notre époque et dans notre pays, l'abstinence alcoolique est possible et si l'usage général ne risque pas de constituer une cause d'échecs voire de désintérêt pour les méthodes de désintoxication alcoolique.

Récemment, M. Oules reprenait la question: « N'être plus en mesure de boire un peu de vin, sans que le rouge de la honte lui monte au front, sans être obligé de sortir pour aller vomir ou s'étendre, c'est pour un Français moyen de 1950 s'exposer à la risée, voire au mépris de son entourage. Il y a là une déchéance analogue à l'impuissance, une impuissance qui se lirait sur le visage... » Et il propose une méthode qui permet une sensibilisation quantitative telle que le malade peut absorber une certaine quantité de vin, suffisamment pour ne pas compromettre sa dignité, sans trop pour ne pas s'intoxiquer. Cette méthode suppose un choix rigoureux préalable des malades, tel que l'on ne retient pour la cure de T.T.D. que 20 % des alcooliques.

Il est difficile, dans l'état actuel de notre expérience, d'adopter l'opinion et la manière de faire de M. Oules. D'abord, une restriction aussi importante limite grandement la portée sociale de la cure antialcoolique; ensuite, il apparaît certain que la permission d'une quantité d'alcool, si minime soit-elle, est rapidement suivie d'une rechute de l'intoxication grave, le besoin en alcool n'est

pas supprimé, et le dynamisme toxicomaniaque reconduit rapidement l'alcoolique à son état premier. Cette constatation est un fait de quelques expériences que nous avons faites, confirmées par ailleurs, et l'on peut souscrire à l'opinion de M. MARTIMOR (1), dans ce sens.

Enfin, s'il est réel que dans quelques cas le « respect humain » a exercé une fâcheuse contrainte, dans un nombre au moins égal, l'alcoolique guéri brandit avec fierté sa victoire sur le vice, l'exhibe, étale son bon état organique, sa bonne humeur, domine les premières pauvres plaisanteries qui accueillent son Vichy-Fraise, et son éloquence dépeint, mettant au besoin la faconde, la truculence et la vanité au service de la bonne cause, les déchéances qu'il a approchées à l'hôpital : les plus goguenards en conçoivent une inquiétude viscérale troublante... et viennent en cachette demander à leur tour, la désintoxication.

Quoi qu'il en soit, ces attitudes extrêmes ne sont pas les plus fréquentes et, dans l'ensemble, nous n'avons pas trop à compter avec le « respect humain ». Par contre, tous les éthyliques laissés avec une « marge de tolérance » alcoolique ont rapidement rechuté.

Toute la pratique de la désintoxication éthylique est dominée par l'importance de la psychothérapie, ou plus exactement de la « *prise en tutelle médico-sociale* » de l'alcoolique, et la méthode qui réussira sera celle qui pourra associer un procédé général de désintoxication alcoolique à une technique de « tutelle psychothéra-

(1) Ann. Méd. Psych., janvier 1951, p. 78.

pique standard » pour être applicable aisément au « plus grand nombre », c'est-à-dire pour être socialement valable, et cependant assez souple pour s'adapter aux éventualités individuelles.

C'est sous cet aspect, plus spécialement dirigé vers le côté professionnel de la réhabilitation sociale que nous allons examiner la cure T.T.D. à la lumière de quelques observations.

Technique

I. CHOIX DES MALADES

Il faut être aussi large que possible, tout en respectant les contre-indications : viscérales, psychiatriques, médico-sociales.

Il y a des contre-indications formelles : tuberculose en évolution, lésions hépatiques graves, hypertension artérielle d'allure maligne, qui sont évidentes. Un examen général est indispensable, avec radioscopie pulmonaire, bacilloscopie si le malade a un passé tuberculeux, examen cardio-vasculaire et du fond de l'œil, examen des urines avec recherche de sucre, albumine et étude cyto-chimique du culot de centrifugation, azotémie, et la recherche du signe du lacet.

Bien souvent, de petites tares viscérales sont relevées, mais peu constituent une contre-indication. Les tares hépatiques et vasculaires sont cependant spécialement à retenir. La pratique systématique des épreuves de Mac Lagan et de Kunkel a permis de déceler des atteintes hépatiques graves. La ponction-biopsie a montré deux fois des images histologiques de cirrhose jeune très évolutive qui, pour diverses raisons, ont constitué une contre-indication formelle à l'application du T.T.D.

Enfin, dans deux cas, des hémorragies du fond de l'œil ont incité à la prudence, mais comme il s'agissait

d'un symptôme isolé, on a pu après quatre mois de traitement adéquat, entreprendre une cure T.T.D. sans incident.

Les contre-indications psychiatriques viennent de l'existence, chez le candidat à désintoxication, d'un syndrome mental précis, souvent d'ailleurs à l'origine de l'alcoolisme, dont on peut penser qu'il entraînera, quelque effort « post-cure » qu'on fasse, la récidive. C'est le cas d'oligophrènes, de caractériels graves, des grands déséquilibrés thymiques, cyclophrènes ou hypomanes permanents. La grande déchéance mentale alcoolique, démence éthylique, est bien entendu, une contre-indication absolue.

Les contre-indications médico-sociales tiennent au milieu qui reprendra l'alcoolique dès sa sortie de la Clinique : alcoolisme familial ou conjugal, absence complète de participation de l'entourage qui ne comprend pas ce qu'on lui demande, ou n'en veut rien entendre, difficulté pour la surveillance de la part des services d'assistance, profession ambulatoire, contingences ethniques (gitans). Bien entendu, la conjugaison des contre-indications psychiatriques et médico-sociales est fréquente. Et cependant, nous avons l'habitude de les examiner de très près : s'il semble qu'il y ait une chance de succès, il faut la tenter. Et quelques bons résultats ont récompensé cette attitude.

Ainsi, nous avons pu mettre en traitement 36 malades sur 43 présentés pour la cure, soit : 82 % environ.

Il faut cependant ajouter que cette proportion importante est non seulement liée à la manière large dont nous concevons les indications — avec l'intention de tirer le maximum de la méthode et de donner des chances au plus grand nombre — mais aussi au mode de recrute-

ment de nos alcooliques, par consultation externe d'Hygiène mentale, admission dans un service ouvert de Neuro-Psychiatrie, pour la plupart. De ce fait, contrairement aux statistiques puisées dans le personnel de malades d'un Hôpital Psychiatrique, le nombre des contre-indications psychiatriques est réduit.

II. PRATIQUE DE LA « DESINTOXICATION »

Période de « Nettoyage ».

A l'admission, le malade est l'objet d'un examen systématique. Il est habituellement un alcoolique chronique, et bien souvent en état d'épisode subaigu : agitation, onirisme vespéral, congestion, subictère, etc... Avant tout, il importe de guérir ces accidents, et de lui donner un état viscéral, notamment neuro-hépatique, aussi bon que possible. Nous avons renoncé, sauf le cas de polynévrites, à la strychnine : le soluté glucosé hypertonique, les extraits de foie, la vitamine B 12, la méthionine, le dehydrocholate, les protéolysats et les solutés glucosés alcoolisés dans les phénomènes subaigus graves, nous ont donné les meilleurs résultats.

Au bout de 5 à 30 jours, surveillé s'il le faut par la répétition de tests de Mac Lagan, le malade a recouvré l'appétit, le teint frais, la tranquillité nerveuse, un transit digestif normal. Il est prêt pour la deuxième phase.

Période de « Charge ».

Pendant 5 à 7 jours, le sujet, rigoureusement sevré de tout alcool, prend le T.T.D. : 1 gramme pendant 3 jours, puis 0 g. 50 les jours suivants. Cette dose fut suffisante, sauf dans 3 cas où, à la période suivante « d'expé-

rience », rien ne s'est produit. On a alors recommencé la période de « charge » avec 3 grammes, puis 2 et alors les phénomènes ont suivi leur cours habituel, sans violence particulière.

Période « d'Expérience ».

Le malade qui a coutume de prendre, tous les matins, le T.T.D., boit son alcool, vin, ou s'il s'agit d'une intoxication spécialisée, sa boisson favorite : anis, apéritif, etc... Les manifestations bien connues se produisent : vaso-dilatation élective dans le domaine cervico-céphalique, désagrément pharyngo-laryngé, œil « de veau », etc... En général, on diminue la dose de T.T.D. a 0 g. 25 *pro die*, et le sujet reste ainsi en période d'expérience, avec ingestion d'alcool surveillée, quotidienne, durant 15 à 20 jours, au bout desquels on passe à la dernière période.

Les périodes de charge et d'expérience doivent obligatoirement se passer en milieu hospitalier et psychiatrique spécialisé avec ce que cela comprend comme procédés médicaux et surveillance, sinon on peut être assuré de l'échec de la cure et le sujet en traitement court des dangers sérieux car, si pendant la période de charge il vient à absorber une dose d'alcool un peu importante, il risque de provoquer des phénomènes vaso-moteurs graves : œdème pulmonaire, accidents vasculaires cérébraux, et on peut penser qu'un grand nombre d'accidents rapportés sont consécutifs à la méconnaissance de cette précaution essentielle. Selon la durée de la période de nettoyage, le séjour du malade en clinique spécialisée, varie entre 3 et 7 semaines.

Période de « Consolidation ».

C'est la dernière phase de la cure, la plus longue, qui

se passe par définition hors de tout milieu hospitalier : le malade continue à prendre le T.T.D. (0 g. 25 à 0 g. 50 par jour). Il cesse toute ingestion d'alcool. Il est rendu à son milieu social. On pourrait dire qu'au moment où l'alcoolique en désintoxication sort de la clinique, *tout commence :* le sevrage alcoolique est acquis, la désintoxication au sens organique du terme est faite, mais la guérison de la toxicomanie alcoolique, et la réintégration du sujet dans la plénitude de ses activités demeurent à assurer.

L'accomplissement de ce temps capital de la cure est assuré par :

— La continuation de la prise de T.T.D.;

— La prise en charge médico-sociale de l'alcoolique sevré.

Le sujet doit continuer à prendre bien régulièrement, tous les matins, une dose de 0 g. 25 de T.T.D. Il est bon d'imposer une sorte de rite à cette prise qui se fait, au même moment, par exemple au petit déjeuner, en y associant un membre de la famille, l'épouse, chargé de surveiller discrètement l'absorption et de donner au sujet l'impression de la participation de la collectivité à la cure. Bien entendu, s'il se laisse aller à une intempérence, les phénomènes vaso-moteurs particuliers éclatent. Il ne nous a pas paru utile de faire de temps en temps, systématiquement, l'expérience. Par contre, il est indispensable de faire continuer longtemps la prise de T.T.D. au moins pendant six mois, et probablement davantage.

« La prise en charge médico-sociale ».

Ce temps, essentiel et indispensable pour le succès de la cure, repose sur l'existence d'un système d'assistance sociale psychiatrique fonctionnant dans le cadre des ser-

vices d'hygiène et prophylaxie mentale, pour suivre les sujets traités dans les hôpitaux et en relation avec les services d'assistance de secteur et d'entreprise, pour continuer à travers eux la surveillance de ces sujets et guider l'action du service social non spécialisé qui aura éventuellement à s'occuper des alcooliques qui auront subi une cure libre à titre privé. Dans une mesure peut-être moindre, mais tout de même considérable, le milieu familial joue un rôle du même ordre. D'ailleurs, il est tout à fait souhaitable que l'assistante sociale spécialisée soit en relation avec les divers éléments du milieu du désintoxiqué : famille et employeurs notamment pour concerter une ligne de conduite et de tutelle synergique.

Enfin, il faut signaler des cas nombreux où, à titre tout à fait privé, un parent, souvent l'épouse mise au courant de son rôle par les médecins, a pu remplir avec la délicate fermeté convenable, entièrement le rôle de tutelle avc un succès total et... méritoire.

Mais pour l'ensemble des cas, et notamment pour l'action sociale de masse que l'on doit souhaiter, l'organisation et le développement du Service Social d'Assistance Psychiatrique est le but vers lequel doivent tendre les efforts des organismes chargés de la défense de la santé de la population, Santé Publique et Sécurité Sociale notamment, si l'on veut que ces efforts soient efficaces.

Le Service Social d'Assistance Psychiatrique prend en charge l'alcoolique dès son entrée à la Clinique, et note son histoire personnelle, familiale et professionnelle. Il est ensuite procédé aux enquêtes usuelles dans la famille et dans son milieu professionnel. Un grand nombre de ces renseignements sont d'ailleurs très utiles pour les médecins. Pendant le séjour à la Clinique, l'Assistante sociale prend un contact personnel avec le sujet, tente de

capter sa confiance, lui explique ce qu'on attend de lui et le service qu'on lui rend, l'importance matérielle, physique et économique, pour lui et les siens, de sa cure et, s'il est possible, quelques principes de morale sociale et familiale, d'ailleurs plus souvent bien compris et reçus qu'on ne s'y attendait, et alors avec quel fruit pour la réhabilitation sociale que l'on prépare.

En somme, pendant le séjour hospitalier, le rôle de l'Assistance Sociale Psychiatrique est :

— La prise de contact avec le sujet, les membres de sa famille et ceux de son cadre professionnel;

— La rédaction d'une enquête sociale, familiale et professionnelle, cette dernière assez poussée, portant sur les capacités du sujet, l'appréciation de ses supérieurs, son mode d'adaptation au milieu du travail, à ses camarades d'équipe, les emplois possibles après la cure;

— L'établissement de la liaison entre le Service d'Assistance Sociale Psychiatrique et le Service Social de secteur (famille) et d'entreprise (professionnel).

Quand le malade sort de la Clinique, il est muni d'une fiche de visite qui porte, dans la première colonne, la date où le médecin désire le revoir. Il se présente à cette date et le médecin signe dans la deuxième colonne avec la mention « Vu » et fixe une nouvelle date. L'Assistante Sociale profite de ces visites pour interroger le sujet sur son activité, ses désirs, ses difficultés. Le rythme des visites médicales à la Clinique varie selon les sujets, d'abord hebdomadaires, on espace dès le deuxième mois à une visite tous les quinze jours, puis mensuelle pendant un an, au moins. Il est indispensable d'exiger le port constant sur soi de la fiche de rendez-vous. Celle-ci, fortement cartonnée, ne porte aucune inscription qui serait capable d'ennuyer le désintoxiqué ouvrant en public,

inopinément son portefeuille. Mais lui sait bien de quoi il s'agit, et cette fiche a un effet « aide-mémoire » psychothérapique qui n'est pas douteux.

Le rôle du médecin se borne à ces examens systématiques répétés, à régler la prise du T.T.D. qui doit être prolongée 5 à 6 mois quand tout marche bien, à donner des directives concernant le moment de la reprise du travail et, éventuellement l'affectation professionnelle. En cas de récidive, le médecin prononce la réhospitalisation. Tantôt la réhospitalisation est immédiatement motivée par un retour manifeste de l'imprégnation alcoolique, elle prend alors une nuance disciplinaire qui, à condition de n'être pas exclusive, est souvent fructueuse pour l'avenir. Tantôt la récidive est connue par les enquêtes sociales, par les plaintes de la famille ou des employeurs. Le médecin trouve alors un motif pour reprendre l'alcoolique récidiviste. Cette recherche d'un motif a un but psychothérapique essentiel. Tout dépend des cas individuels, la méthode disciplinaire est parfois indiquée, mais bien souvent celle « diplomatique » réussit mieux et garantit l'avenir. Il n'est pas mauvais de ménager une porte de sortie honorable à notre candidat à la désintoxication : on le réhospitalise pour une prétendue baisse de l'acuité visuelle ou « un foie qui a grossi depuis la dernière visite ». C'est un peu comme le pithiatique qui consent à guérir si on lui ménage un motif, et qui n'en sort pas si on lui prête à penser qu'il est un simulateur ou quelque chose d'analogue, que l'on réprouve. Chez l'alcoolique il faut, discipline ferme ou autre méthode, tout placer sur le plan médical et sur celui de l'utilité pour l'individu. Ce qui n'empêche pas, au cours de la réhospitalisation pour récidive, de pratiquer tel ou tel traitement spécial bien connu comme quelque peu secouant : Dmelcos et surtout composés sulfo-huileux toujours administrés dans le but publique-

ment annoncé d'enrayer les progrès viscéraux. D'ailleurs, plus tard, une fois alors guéri, le sujet fera état de son atteinte organique, tirera gloriole des traitements difficiles qui lui ont été appliqués, posera voire au héros, fera du prosélytisme d'allure scientifique désintéressé.

Nous avons quelques cas de récidivistes, dépistés par l'Assistance Psychiatrique, au cours d'une enquête à l'atelier, traités par la méthode « forte », alors guéris et devenus d'ardents défenseurs de l'abstinence, publiquement, mais amenés, plus ou moins consciemment à cette attitude par l'ensemble :

— Carte des visites systématiques obligatoires, en permanence dans sa poche;

— Vigilance de l'Assistante Sociale et ses visites inopinées sur le chantier;

— Prise du T.T.D. tous les matins;

— Souvenir de quelques clochers à 40°, avec contusion chaude des muscles fessiers.

L'Assistante Sociale de Psychiatrie suit très régulièrement le désintoxiqué, en le convoquant à son service et en allant le voir dans sa famille et au chantier. Elle est en relations avec l'Assistante Sociale de secteur ou d'entreprise qui assurent une surveillance et une aide quasi-permanente, en association avec le médecin du travail ou le médecin praticien, mis au courant par le médecin de la clinique et le Service Social. Cette tutelle doit être continuée pendant très longtemps.

En ce qui concerne la réhabilitation professionnelle proprement dite, la conduite à tenir est déterminée par un échange de vues entre les médecins neuro-psychiatres, le médecin du Travail, les employeurs, patrons, contremaîtres, chefs d'ateliers (ces derniers n'ont pas à être mis obligatoirement au courant de la nature et de l'origine

des manifestations morbides, ce qui est grandement facilité par l'immiscion de plus en plus grande des médecins du Travail dans la routine des professions) et les services sociaux.

Bien entendu, il est essentiel pour le succès de la cure que l'on fasse tout, même au prix d'un effort économique, pour donner à l'alcoolique traité le travail le plus compatible avec ses capacités, et le restituer dans la mesure précisément de ces capacités, à son rang dans la profession. Sous ce rapport, la participation de l'Entreprise et de la Sécurité Sociale, notamment de la branche Longue Maladie, sont indispensables pour assurer le meilleur résultat et ne pas compromettre, par une difficulté économique, le redressement de la situation matérielle et familiale, et la réhabilitation professionnelle : un effort temporaire de la part de chacun de ces organismes constitue en cas de succès un excellent placement.

Tout cela rentre d'ailleurs dans le cadre de l'Assistance continue Médico-Psychiatrique au désintoxiqué, qui assure la tutelle morale et la surveillance du sujet, la liaison entre les artisans de sa réhabilitation : médecins spécialistes, médecins du Travail, employeurs et Sécurité Sociale, l'aide matérielle en effectuant les démarches auprès des administrations, éventuellement des placements d'enfants durant la période difficile, la récupération des allocations, etc... Travail considérable certes, mais qu'un système précis et ordonné de fiches, l'établissement de rapports avec les services d'Assistances sociales « périphérique, secteur et travail » rend relativement commode. C'est tout au moins l'impression que donne l'organisation créée par M^lle^ Clare, Assistante chef, spécialisée en Psychiatrie, à la Clinique Neuro-Psychiatrique de Toulouse, Service de l'Hygiène Mentale, et dont elle assure depuis 3 ans le fonctionnement et la progression.

Résultats

Nous rapporterons les observations d'alcooliques traités par la désintoxication au T.T.D.

Le nombre de ces observations a été limité à 20 volontairement, en excluant de cet exposé ceux qui ont terminé la cure après le mois de novembre 1950, afin d'avoir un minimum d'observation post-cure de plus de 6 mois, et en n'admettant que les cas qui ont pu être suivis régulièrement après leur sortie de la Clinique, et spécialement à l'égard de leur activité professionnelle.

Nous classons ces résultats en succès et insuccès, en rangeant dans les insuccès les cas où, bien que la désintoxication ait été réussie telle que le sujet est devenu tempérant, il n'a pas repris son travail, c'est-à-dire qu'il est demeuré un inapte professionnel.

Nous étudierons en cours de route les causes des succès, puis celles des insuccès.

I. LES SUCCES

Malades devenus tempérants après la cure T.T.D. et ayant repris leur métier de manière satisfaisante, c'est-à-dire réintégrés dans leur valeur professionnelle antérieure à la déchéance alcoolique.

OBSERVATION 1. — Y. M..., 34 ans, cantonnier.

Status professionnel.

Il a effectué plusieurs métiers, tour à tour maçon, tisserand, aide-camionneur, manœuvre, et enfin cantonnier des cimetières. C'est un instable, incapable de garder longtemps le même emploi. Alcoolique depuis l'âge de 25 ans, il a été de déchéance en déchéance, finissant par être quasiment incapable de tenir l'emploi de balayeur des allées, devenu négligent, querelleur, interrompant son travail sous différents prétextes pendant plusieurs demi-journées; sale, désordonné, son rendement est plus que médiocre, il ne supporte aucune remarque des chefs et se dispute avec ses camarades. Il a failli être plusieurs fois renvoyé, et on le garde plutôt par pitié pour les siens.

Examen.

Physiquement, état général très mauvais, pâle, plutôt plombé, 45 kg. pour une taille de 1 m. 66, hypotonie musculaire, symptômes de polynévrite, foie petit, pituites matinales, douleurs gastriques post-prandiales, diarrhée, anorexie, subictère, épreuves de fonctionnement hépatique mauvaises, urobilinurie. Très asthénique.

Fonds mental d'instabilité, dysharmonie, bon niveau intellectuel. Taciturne avec paroxysmes coléreux et impulsifs, inquiétude; pas de cauchemars, jamais d'épisode confusionnel subaigu. Tendances au découragement, au repliement.

Amené à l'alcoolisme par entraînement, sujet plastique, mais élément dépressif épisodique probable.

Buvait habituellement 3 à 4 litres de vin.

Cure.

En raison de l'atteinte grave de l'état général, mis au repos complet, au lit, sevrage alcoolique, sérum glucosé, méthionamine, calcium, extraits de foie, dinitril succinique.

Amélioration de l'état général.

Début de traitement par le T.T.D., mais mal supporté: retour de l'asthénie, amaigrissement. Interruption et envoi du malade à la campagne, avec traitement simple et sevrage alcoolique, sous la surveillance de visites régulières.

Réhospitalisé 3 mois plus tard. Bon état général. A peu bu. Cure T.T.D. légère : 1 cachet pendant 5 jours, puis phase « d'expérience » au vin. Réactions légères mais nettes, dégoût de la part du malade.

Sort de l'hôpital. Prend le T.T.D., 1 cachet par jour pendant quelques semaines.

Réhabilitation professionnelle.

Suivi pendant 11 mois.

Il ne boit plus. Dès les premiers moments de la reprise du travail, on a noté qu'il était devenu ponctuel, discipliné et efficient, et il persévère parfaitement dans cette manière. La vie de grand air lui réussit bien. On n'envisage pas de lui donner un emploi plus important, mais seulement en raison de son état physique qui reste celui d'une « débilité constitutionnelle » (54 kg.) et de son manque de connaissance des grades supérieurs dans la profession, surveillant par exemple. Il reste soumis à des

épisodes dépressifs, mais bien supportés, et sans tendance à boire de nouveau. Il revient régulièrement aux consultations prescrites, suit des traitements « fortifiants », et parfois est venu consulter de lui-même pour un à-coup dépressif. Bien entendu, dans la conduite familiale, bénéfice comparable.

En résumé.

Œnilisme, déséquilibré dysharmonique à tendances dépressives itératives, mauvais état général, imprégnation éthylique ancienne. Bonne réhabilitation professionnelle, à la mesure des moyens du sujet.

Recul d'observation : 10 mois.

Observation 2. — R. C..., 29 ans, employé de bureau.

Status professionnel.

Sujet de bon niveau intellectuel, enthousiaste et dynamique, ayant réussi dans son administration à accéder à un rang intéressant, de Chef de service de presse, avec des responsabilités importantes et notamment un véritable rôle d'animateur d'équipe.

Sous l'influence de l'alcoolisme, devenu irritable et coléreux, irrégulier aux heures de travail, commettant des erreurs, perdant l'ascendant sur ses subordonnés, vite fatigué, souvent en congé; en conflit avec ses supérieurs.

Examen.

P h y s i q u e : Sujet coloré avec grande labilité vasomotrice de la face, tremblement, insomnie, tachycardie, a maigri de 4 kg., hypo-réflexie ostéo-tendineuse, anorexie.

P s y c h i q u e : Niveau mental normal, hyperémotif, légèrement idéaliste, raptus dépressifs faciles, impulsif et susceptible jusqu'à l'agressivité. Déséquilibré thymique

certain, mais compensé à l'état normal par un bon niveau mental, la connaissance des normes de la bonne adaptation et les efforts pour s'y conformer. Obsessions à thème familial : craint pour la santé d'un enfant, etc...

Alcoolisme datant de 2 ans environ : vin et surtout apéritifs anisés.

Amené à l'alcoolisme, un peu par entraînement (des ateliers de rédaction), surtout par une réaction dépressive d'ordre familial.

Cure.

Classique, très bien supportée, phase « d'expérience » réalisée au vin et au Pernod.

Réhabilitation professionnelle.

Aussitôt après la cure, reprise du travail. A l'atelier, boit du « Perrier », moins impulsif et plus bienveillant, assidu, remplissant bien sa tâche. Demeure inquiet et sur le plan familial, moins bon résultat, ce qui tient à l'existence d'un conflit de situation conjugal.

Revenu spontanément 4 fois, mais ne veut pas se soumettre à la « visite régulière » et demeure « braqué » à l'égard des visites éventuelles d'Assistantes sociales; au contraire, confiance envers les médecins, à condition qu'il demeure libre de voir qui il veut et quand il veut ce qui, bien entendu, lui est accordé : « Je suis redevenu un homme », dit-il, en quittant le service.

La raison du succès est dans la farouche volonté qu'a mis ce sujet à se faire traiter et aussi, moins avoué, à la crainte des complications organiques de l'alcoolisme, avec une certaine crainte hypocondriaque.

Recul d'observation : 8 mois.

Observation 3. — N. B..., 43 ans, linotypiste.

Status professionnel.

Très bon ouvrier, habile et rapide. Devenu maladroit, commettant de nombreuses erreurs, coléreux, impulsif, difficile avec ses camarades, nombreuses interruptions de travail, soit en raison de fatigue générale avec troubles digestifs, soit pour des motifs futiles, sur coup de tête. On ne pouvait pas compter sur lui, et il fallait revoir son travail.

Examen.

Physique : Bon état général, petits symptômes de polynévrite, anorexie et pituites matinales, pas de signes de saturnisme, examens hématologiques normaux, tremblement. Rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés.

Psychique : Coléreux; insomnies. Accidents oniriques vespéraux, cauchemars, asthénie.

Amené à l'alcoolisme par « entraînement ».

Alcoolisme depuis 1948, par vin et apéritifs; imprégnation continue.

Cure.

Demandée par le malade, entré à l'hôpital dans ce but, ayant entendu parler d'un nouveau procédé.

Cure classique, très bien supportée avec un très grand souci de coopération de la part du malade.

Réhabilitation professionnelle.

A repris son travail le lendemain de la sortie de l'hôpital. Bon état général. Suivi très régulièrement à la consul-

tation, reste très coopérant et encouragé par sa femme. Caractère agréable. Un peu gêné au début par la perte de certaines habitudes professionnelles, il a recouvré son habileté, et il est devenu, professionnellement, « comme il n'avait pas été depuis longtemps ».

Recul d'observation : 8 mois.

Observation 4. — J. M..., 27 ans, magasinier.

Status professionnel.

Employé magasinier depuis l'âge de 18 ans, dans diverses usines de la région, sous-officier comptable pendant l'occupation, puis emploi de comptabilité dans une société privée, puis retourne enfin à son emploi primitif quand l'usine nationalisée où il travaillait rouvre ses portes.

En réalité, éthylisme depuis 1930, augmenté en 1945.

Noté comme coléreux, violent, instable, plusieurs épisodes subaigus, absentéisme, plusieurs menaces de renvoi. Cesse de travailler en octobre 1947, boit beaucoup.

Est interné (placement volontaire) en été 1948, à la suite d'un accès d'agitation confusionnelle grave.

Mauvais état général. Traitement et sevrage. Mais recommence à boire encore plus intensément après sa sortie de La Grave. Reprend un emploi de magasinier qu'il remplit mal, coupé d'absences fréquentes, querelleur, ne rapporte qu'une minime partie de sa paye, boit le reste avec des camarades ou même le distribue autour de lui sans critique; très violent en famille; après plusieurs erreurs, absences et difficultés de caractère, on parle de renvoi.

Examen.

Physique : Gros, congestif, subictère, gros foie, tremblement généralisé important, douleurs dans les mollets, hyporéflexie, pupilles lentes à la réaction lumineuse, anorexie. L. C. R. normal. Oligurie.

Psychique : Doux, mou et euphorique. A toujours été plutôt apathique et plastique, dit-on, mais depuis 1945, répétition d'épisodes confusionnels, et devenu franchement bradypsychique avec épisodes d'euphorie maladive. Dans le service, affable et docile; onirisme vespéral, sans agitation, niveau mental assez bas, mais tests gênés par la bradypsychie. Laissé longtemps en période de « nettoyage », semble s'améliorer, plus vif, opérations intellectuelles mieux effectuées, ce qui confirme l'opinion d'une atteinte ancienne et maintenue de l'alcoolisme pycnique typique.

Amené à l'alcoolisme probablement en raison de la plasticité à tendance euphorique.

Boit 2 litres de vin et quelques apéritifs depuis l'âge de 18 ans. Passé à 4 litres et 8 ou 10 apéritifs depuis 1945.

Cure.

Classique, après une période de nettoyage prolongée. On a observé, d'ailleurs, sous l'effet du sevrage, avec Vit. B, Hépatrol, Dycholium, une amélioration importante: perte de 3 kg., meilleurs sommeil et appétit, moins congestif, plus vif et alerte, plus d'onirisme vespéral, moins bradypsychique.

Réhabilitation professionnelle.

Reprend son emploi aussitôt après la sortie de l'hôpital. Suivi très régulièrement à la consultation, au magasin et à domicile.

Prend le T.T.D. quotidiennement, ne boit plus ni vin, ni apéritifs, a essayé la bière mais ne l'a pas supportée et l'a abandonnée. Travaille régulièrement; plus d'emportement, on n'a qu'à se louer de son travail. Toujours doux et euphorique, mais à l'usage de ses camarades de travail et des clients.

Recul d'observation : 12 mois.

Observation 5. — A. B..., 38 ans, ouvrier de papeterie.

Status professionnel.

Alcoolique depuis plus de 10 ans, profitait de toutes les occasions pour aller boire avec ses camarades de travail : sortie d'usine, réunions syndicales, etc... Devenu irritable, violent, se prenant de querelle avec ses camarades, absences fréquentes, négligences dans le service; menacé de renvoi.

Examen.

Physique : Bon état général, un peu amaigri, pituites matinales, pas d'insomnie.

Psychique : Tout à fait d'accord avec les siens pour réclamer le traitement; assez vif, tendances joviales; niveau mental moyen.

Amené à l'alcoolisme par « entraînement ». Intoxiqué par vin blanc et apéritifs nombreux.

Cure.

Très bien supportée, conduite en 15 jours, avec la coopération active du sujet.

Réhabilitation professionnelle.

Facile. Devenu calme, régulier dans son travail, doux même avec ses camarades et sa famille. Ses chefs sont très contents de lui, et il est considéré comme un ouvrier laborieux et consciencieux.

Recul d'observation : 7 mois.

Observation 6. — P. B..., 27 ans, homme d'éq. S.N.C.F.

Status professionnel.

Alcoolique depuis 1948. Fréquents épisodes d'ivresse. Nombreuses fautes de service. Objet, à plusieurs reprises de réprimandes de ses chefs, très mal noté; travaille peu et mal; on le trouve à plusieurs reprises couché ivre-mort sur les voies, il est tiré de cette situation par les camarades, ou encore endormi dans un coin isolé où il est allé boire, et dépisté par les surveillants.

Examen.

Physique : Bon état général, un peu amaigri, anorexie, foie un peu douloureux, insomnie.

Psychique : Irritable et susceptible, cauchemars, terreurs vespérales, niveau mental très fruste. Cependant, avant l'intoxication alcoolique, plutôt doux, facilement déprimé. Toujours plastique et suggestible. Offre un désir sincère de guérir.

Amené à l'alcoolisme par « entraînement » et aussi par mauvaises conditions d'habitation familiale, logement très petit, inconfortable l'obligeant à passer la plu-

part de ses heures de loisir dehors, oisif.

Alcoolisme de vin (2 litres par jour environ) et apéritifs.

Cure.

Classique. Très bien supportée; trois semaines d'hospitalisation. Légère reprise de l'alcoolisme (2 verres de vin, au moins) par la suite : avait cessé le T.T.D. Remis au T.T.D. ambulatoirement et amélioration.

Réhabilitation professionnelle.

Travail repris 2 semaines après la sortie de l'hôpital, et depuis effectué avec ponctualité. Travail irréprochable, caractère docile, camarade de travail agréable disent ses chefs. Il emporte sur le chantier du café au lait ou de l'eau coupée de sirops de fruits.

Cette observation est intéressante du fait d'une rechute peu après la sortie de l'hôpital, et en raison de l'arrêt du T.T.D. prématurément. Elle nous a montré la nécessité de prolonger pendant très longtemps l'absorption du T.T.D. et le danger d'une certaine tolérance alcoolique; on avait, au début, autorisé 1 verre de vin quotidien qui a été vite dépassé. La formule T.T.D. pendant longtemps + sevrage alcoolique total, est la seule valable, tout au moins dans la grande majorité des cas.

Recul d'observation : 13 mois.

Observation 7. — M. L..., 30 ans, manœuvre.

Status professionnel.

Niveau mental bas. Cependant bon ouvrier jusqu'en 1945. Depuis, alcoolisme important, et alors devenu tur-

bulent, agité, violent avec ses camarades, insolent, très négligent dans son travail, fréquemment absent, donnant en spectacle son ivresse. Change de place plusieurs fois par renvoi, coup de tête ou absence prolongée.

Examen.

Physique : Mauvais état général, mais aucun symptôme physique grave. Insomnie, anorexie.

Psychique : Sait à peine lire et écrire, désagréable, instable, violent. Plusieurs épisodes dépressifs, avec idées de suicide. Plusieurs épisodes de grande agitation confusionnelle, cauchemars. En somme, déséquilibre psychique avec pauvreté mentale générale.

Alcoolisme : vin et apéritifs.

Amené à l'alcoolisme : « Entraînement », plasticité naturelle.

Cure.

Classique. Bien supportée.

Réhabilitation professionnelle.

Sorti de l'hôpital avec dégoût du vin et bonnes intentions de tempérance. Travail repris normalement; plus calme et soucieux de son travail. Pas de querelles, ponctuel et discipliné. En un mot, bon manœuvre, rendement professionnel exactement à la mesure de ses moyens intellectuels.

Recul d'observation : 9 mois.

Observation 8. — P. F..., 43 ans, cultivateur.

Status professionnel.

Commence à boire en 1940.

Progressivement, troubles importants de l'activité : colère, épisodes confusionnels. Périodes prolongées d'interruption du travail, asthénie ou épisodes impulsifs au cours desquels il abandonne l'ouvrage en cours. Querelleur, sale, désordonné, irrégulier.

Examen.

P h y s i q u e : Gros foie, diarrhée, pituites matinales, anorexie, subictère, congestion de la face, tremblement des extrémités, hypotonie musculaire, fourmillement et douleurs dans les extrémités. Cœur mou, T. A. 18 × 12; mauvaises épreuves de Mac Lagan et de Gros.

P s y c h i q u e : Tantôt mou, subconfus, tantôt irritable et susceptible. Cauchemars et onirisme. A été interné dans un Hôpital Psychiatrique en 1948. Bradypsychie.

Alcoolisme : Vin (5 à 6 litres par jour) et apéritifs.

Amené à l'alcoolisme consécutivement, dit-il, à une dépression avec élément sinistrosique survenue après une électrocution. Pas d'entraînement. Seul dans sa famille (exploitation agricole familiale), il boit.

Cure.

Après période prolongée de « nettoyage », cure T.T.D. classique, bien supportée.

Réhabilitation professionnelle.

Rentré chez lui, il a repris immédiatement son travail et sa place au milieu des siens. Il ne boit plus, l'état général est excellent, il assure correctement sa besogne avec régularité, sans fatigue et comme il ne l'avait pas fait depuis longtemps, sans devoir être surveillé et au

contraire, on pense qu'il pourra reprendre bientôt la place dirigeante qui, par sa situation et son âge, lui revient. Surveillance par le médecin consultant d'Hygiène mentale (Dr Hugues), Médecin-chef des Hôpitaux Psychiatriques, département du Lot.

Recul d'observation : 8 mois.

Observation 9. — F. S..., 41 ans, chauffeur d'autos.

Status professionnel.

Devenu à peu près incapable d'exercer son métier : épisodes d'ivresse (au cours de l'un, il est tombé du camion qu'il chargeait : fracture de Dupuytren et crise de *delirium tremens* le lendemain) ; état permanent de subconfusion agitée, tremblement, hallucinations, asthénie. Nombreux jours de repos, interruption de la besogne, obligation de lui donner un aide supplémentaire. Quoique ancien dans le métier et véritable chef d'équipe, on est contraint de lui interdire le volant et il est rélégué au rang de manœuvre.

Examen.

Physique : Tremblement, gros foie douloureux, anorexie, pituites matinales et gastralgies, hémorroïdes, petits signes de polynévrite et ataxie légère, congestif. T. A. 13 × 8. Léger œdème des jambes.

Psychique : Rentré en état subconfusionnel. Bradypsychique, parole dysarthrique. L. C. R. normal. Irritable, épisodes oniriques.

Alcoolisme : Vin, 5 à 6 litres par jour.

Amené à l'alcoolisme par « entraînement ». Antérieurement, sujet robuste, intelligent et actif, exerçant les

fonctions de contremaître, connaissant la mécanique auto et des machines (tissages) dont il avait la responsabilité.

Cure.

Après « nettoyage » de longue durée, très bien supportée. Aucune réaction après une période de charge T.T.D. de 5 jours, à 3 cachets par jour. Il pense qu'on ne pourra pas le traiter et il en est affecté. On recommence une charge à 5 cachets par jour, et alors l'expérience au vin marche normalement, à la grande joie du sujet.

Réhabilitation professionnelle.

Rapide et totale. Devenu calme et pondéré, a recouvré la plénitude de ses capacités techniques, un peu fatigable sans plus, a repris ses fonctions de contremaître avec ses charges et responsabilités dans l'usine.

Recul d'observation : 8 mois.

Observation 10. — F. L..., 54 ans, industriel briquetier.

Depuis l'âge de 35 ans, absorption d'une quantité importante de vin de Noa (vin de grappe rehaussé de petites quantités d'alcool de moût et d'éther sulfurique).

Status professionnel.

Fréquents états d'ivresse et épisodes subaigus. Ses fils, encore jeunes, ont dû prendre à charge l'exploitation familiale, le malade n'a plus à sa disposition que quelques automatismes professionnels élémentaires acquis depuis l'enfance pour le moulage et la cuisson, et encore doit-il être surveillé par son contremaître dont il est en pratique devenu le manœuvre. Bien entendu, toute la

partie commerciale de l'affaire a dû lui être retirée.

Examen.

Physique : Déchéance physique frappante; foie un peu gros, muscles flasques, douloureux à la pression, réflexes ostéo-tendineux faibles, amaigrissement considérable, teint terreux, peau du corps sèche, rugueuse, cendrée. T. A. 11 × 6. Légère albuminurie. Anorexie, diarrhée.

Psychique : Onirisme vespéral. Négligé, sale, hirsute, vêtements mal mis, urine sans s'isoler, ne se boutonne pas, parle peu, physionomie inexpressive, démarche lente et incertaine, extrême bradypsychie, état d'allure « démentielle ».

Alcoolisme : Vin de Noa, 4 à 5 litres par jour.

Amené à l'alcoolisme : ?

Cure.

Après avoir reconstitué l'état général, cure classique bien supportée.

Réhabilitation professionnelle.

Quand F... quitte la clinique, il a repris 6 kg., l'appétit est bon, les muscles toniques, le teint clair; il s'exprime facilement et son activité mentale est — d'après sa famille — celle de toujours, la mémoire est bonne, il est capable de disserter sur son métier, ses techniques, ses difficultés; il est propre, bien tenu et dégoûté du vin de Noa.

Revenu chez lui, il a repris sa place normale en famille, terminé normalement les travaux d'hiver à la car-

rière d'argile et mis en route en février, l'usine et les fours, libérant son fils aîné qui a pu aller travailler ailleurs, comme auparavant.

Recul d'observation : 10 mois.

(Observation communiquée par le Dr Hervé.)

Observation 11. — S. D..., 45 ans, négociant en bétail.

Status professionnel.

Entraîné progressivement à l'intempérance au cours des tractations de son négoce. Perturbations progressivement graves : devient coléreux, querelleur, oublieux; plusieurs épisodes d'ivresse, erreurs comptables, perte du « coup d'œil » et mauvaises affaires, plusieurs fois il est la victime de concurrents ou de clients malhonnêtes. Il égare une grosse somme. Il est, à plusieurs reprises, obligé de se reposer pendant plusieurs jours, ne peut plus conduire son camion. La vue baisse.

C'est au cours d'une crise de *delirium* qu'il est amené à la Clinique.

Examen.

Clinique : Diabète (depuis l'âge de 35 ans); double névrite optique, V : ODG : 2/10e, pas de rétinite, albuminurie, signes de polynévrite et de myocardite, gros foie, subictère, acétonémie.

Psychique : *Delirium tremens* grave, avec agitation pendant 5 jours, azotémie très élevée, confusion résiduelle très durable. Etait avant l'alcoolisme un négociant avisé, cachant sous un aspect fruste des qualités foncières d'homme industrieux, très honnête et sincèrement bon.

Amené à l'alcoolisme par « entraînement ».

Alcoolisme : Vin et apéritifs.

Cure.

Après rétablissement de l'état général et équilibration insulinique du diabète, cure de T.T.D. tout à fait normalement supportée.

Réhabilitation professionnelle.

Reprend dès sa sortie de la Clinique ses occupations antérieures; il suit régulièrement les marchés, conduit son camion; il n'y a aucune perturbation dans ses comptes — et il manipule de grosses sommes — ses collègues se plaisent à reconnaître qu'il a récupéré le « coup d'œil » qui faisait de lui, avant sa déchéance alcoolique, un commerçant avisé et un concurrent redoutable. Quant aux tractations de marchés, si elles se terminent au café, c'est pour lui devant un Vichy-Fraise; il est toujours le jovial partenaire qui défend avec humour sa nouvelle conduite. Le diabète est équilibré par un spécialiste après la cure de T.T.D. Il n'y a plus de signes de polynévrite; le caractère est agréable; la vision est remontée à 5/10e, de chaque côté.

Recul d'observation : 11 mois.

(Observation communiquée par le Dr Hervé.)

Observation 12. — N. F..., 43 ans, cultivateur.

Status professionnel.

Homme simple, mais s'occupant fort bien de sa propriété de polyculture, s'adonne à l'alcoolisme après la

campagne de 1940 : vin, apéritifs, liqueurs et eaux-de-vie, etc... Depuis 1945, état neuro-psychique grave. Il fume aussi beaucoup. Anorexie totale; baisse de l'acuité visuelle, plusieurs crises de *delirium tremens*, ivresse publique fréquente, scandales, violences. A partir de 1949, il néglige totalement son travail, il va aux champs deux à trois fois par semaine, il laisse tout à faire aux ouvriers qu'il ne dirige plus, sa femme ou un parent doivent assurer la direction de la propriété; parfois il passe plusieurs jours sans sortir de sa chambre, mangeant peu mais vidant plusieurs bouteilles de vin dans la journée ou encore il va au village s'enivrer au café, on doit le ramener plusieurs fois chez lui, ivre. Insomnie ou cauchemars, colères, menaces, quelques fugues nocturnes armé d'un couteau ou d'un fusil de chasse; une tentative de suicide dans la rivière, heureusement très peu profonde.

Alcoolisme : Vin, apéritifs, eau-de-vie (5 litres de vin par jour).

Amené à l'alcoolisme par « entraînement » et plasticité; débilité affective.

Examen.

P h y s i q u e : Trémulations généralisées, congestion de la face, gros foie, hypotonie musculaire, hyporéflexie ostéo-tendineuse, subictère et diarrhée, anorexie. Papilles optiques blanches, V ODG : 2/10°; œdème des jambes, bruits du cœur mous, T. A. 19 × 12, TAR : 70 avec dilatation des veines rétiniennes, très mauvais état général.

P s y c h i q u e : Petit débile plastique. Obnubilé, « abruti ».

Cure.

Après plusieurs semaines de repos, avec sevrage alcoolique progressif, traitement symptomatique, l'état général est rétabli.

Cure de T.T.D. bien supportée; la T. A. se maintient autour de 18 × 10.

Réhabilitation professionnelle.

Ce sujet est revenu chez lui, le teint frais et l'œil vif, lucide. Il est un modèle de tempérance, au grand étonnement de ses concitoyens. Mais il est surveillé de près par sa femme, d'une rare vigilance intelligente, qui assure la prise des cachets et une atmosphère de fermeté. Au bout de 3 mois, on cesse le T.T.D. Un dimanche, il rentre chez lui un peu « pâteux » et sentant l'alcool. Il est très sévèrement admonesté, remis aux cachets et soumis à une « expérience » extrêmement sévère (...) du fait même de sa femme. Cette alerte est isolée et notre homme demeure sobre.

Il a repris ses occupations, labours, semailles, arrachage de souches mortes et plantations des vignes de remplacement, foins, avec bon rendement et ordre, assurant correctement la direction de ses ouvriers.

Recul d'observation: 11 mois.

(Observation communiquée par le Dr Hervé.)

Observation 13. — R. G..., 52 ans, industriel.

Status professionnel.

Chef d'une petite entreprise industrielle. Ancien officier colonial, paludéen, il a une situation matérielle rela-

tivement élevée. C'est un homme mince, élégant, fin et cultivé, père de 5 enfants, soucieux de lui-même, de l'éducation de ses enfants, de la prospérité de son industrie et de la situation de ses ouvriers.

Or, depuis 1943, il est devenu alcoolique, par apéritifs. Jamais ivre, il sent décliner son état général, s'aigrir son caractère et diminuer sa valeur intellectuelle. Il n'assure plus la surveillance nécessaire sur son exploitation, il a l'impression de déchéance et, malgré cela, il ne peut s'empêcher de boire. Il a entendu parler du nouveau traitement et désire le subir.

Examen.

P h y s i q u e : Gros foie, légère artério-sclérose périphérique, subictère, amaigri et mauvais état général, légère albuminurie, azotémie normale, masses musculaires molles et douloureuses.

P s y c h i q u e : Lucide, mais déprimé, désireux d'être désintoxiqué, très tendu vers ce but; un peu impulsif. Insomnie, quelques cauchemars.

Alcoolisme : Vin, apéritifs.

Cure.

T.T.D. classique, très bien supportée.

Réhabilitation professionnelle.

Depuis plusieurs mois, R... conduit au mieux ses affaires; il a repris sa place dans son milieu familial, pour le bien de tous et notamment de ses ouvriers que la déchéance du patron aurait. en raison du caractère très

local de l'industrie, jetés au chomage.

Recul de l'observation : 10 mois.

(Observation communiquée par le Dr Hervé.)

Commentaire des cas heureux.

On doit considérer les principaux facteurs de la marche de la cure, et les étudier en fonction de leur rôle dans la réussite :

— La NATURE du toxique (vin, apéritifs, liqueurs, eau-de-vie) ou sa QUANTITE ne sont pas pour affecter le résultat de la cure.

— L'ETAT PHYSIQUE du sujet a paru également sans influence, par exemple, il a été aussi commode d'obtenir un bon résultat dans les cas 11, 1 et 10, dont l'état physique était des plus mauvais, que dans les cas 3 et 9 où l'état général était bon, et les signes physiques « d'imprégnation » alcoolique (foie, système nerveux) réduits au minimum.

Plus importants paraissent être les facteurs *PSYCHOLOGIQUES* et SOCIOLOGIQUES, que l'on peut résumer ainsi :

Les facteurs qui ont contribué au succès de la cure sont surtout :

1° Le « conditionnement » par le T.T.D.;

2° La volonté active de guérison du malade;

3° La surveillance médico-sociale, la « prise en charge » sociale, post-cure.

I. LE « CONDITIONNEMENT » PAR LE T.T.D.

Il ne semble pas que le terme de conditionnement, placé intentionnellement entre guillemets, implique que la cure T.T.D. agit par le mécanisme d'un réflexe conditionnel au véritable sens scientifique du mot. C'est possible d'ailleurs, mais des études de psycho-physiologie expérimentale seront nécessaires pour infirmer ou affirmer le fait.

Nous voulons dire que, dans un certain nombre de cas, il existe une relation immédiate entre la « conduite de sevrage » de l'alcoolique désintoxiqué, et les phénomènes organiques complexes (vaso-dilatation, dyspnée, nausées, etc...) du complexe toxique + T.T.D. On ne peut pas dire qu'il s'agit de la crainte de ces phénomènes, ayant entraîné le dégoût du toxique, et alors le T.T.D. apparaîtrait comme une sanction, une punition automatique. C'est plus compliqué : « C'est, disent quelques sujets, comme si le cachet m'avait révélé la nocivité de l'alcool. » Et il y a certainement d'autres explications. C'est en cela que l'action du T.T.D. est originale, profondément différente des autres méthodes, comme l'apomorphine par exemple. Le fait demeure, certains désintoxiqués doivent le plus important du succès de leur cure à ce « conditionnement ». C'est le cas des observations 4, 9, 10, 13 et spécialement 11.

Il faut remarquer, mis à part le cas 4, qu'il s'agissait de sujets d'un niveau intellectuel plutôt supérieur (moyen et moyen supérieur), et non pas spécialement suggestibles. La plasticité mentale est plutôt un élément qui joue contre le facteur « conditionnement-T.T.D. » car plasticité entraîne reversibilité, et le succès vite acquis, ne tient pas, il n'y a pas réellement de « conditionnement » possible chez les suggestibles.

Par contre, et pour une raison qui nous échappe, tous les sujets qui ont bénéficié de ce facteur « conditionnement » étaient du type *syntone* équilibré et, socialement parlant, des hommes d'action, à forte individualité, sauf dans le cas de l'observation 4.

II. LA VOLONTE DE GUERISON DE LA PART DU MALADE.

Propos paradoxal ou présomptueux que parler de la volonté de guérison des alcooliques.

Les médecins spécialisés connaissent bien l'impossibilité rigoureuse qu'il y a à faire fonds sur le plus petit élément volontaire chez les toxicomanes et le phénomène est bien connu dans le vulgaire où l'expression « serment d'ivrogne » est proverbiale.

Cependant, l'examen objectif du cas particulier des alcooliques qui ont été soumis au T.T.D. appelle quelques réflexions sur ce point.

Il est d'abord étonnant de rencontrer un nombre impressionnant de sujets qui viennent solliciter la cure et s'acharnent à l'obtenir, au prix de sacrifices matériels, ou encore attendent avec PERSEVERANCE une place libre à l'hôpital.

Il faut opérer une première distinction, en séparant ceux qui après un ennui social : querelle familiale, renvoi de l'atelier, petit délit, ou un inconvénient physique, douleurs polynévritiques, épisode confusionnel ou digestif..., etc, viennent demander véhémentement la cure « à chaud », sous l'effet immédiat de l'inconvénient qu'ils viennent d'éprouver, ou encore sous le coup d'un paroxysme de dépression et ceux qui réclament la cure déli-

bérément, « à froid » pour les aider à sortir de leur toxicomanie. Les premiers attendent tout du médecin et de ses procédés, ne peuvent rien donner au titre de coopération efficace et passé 48 heures ne tiendront plus du tout à la cure : c'est bien le « serment d'ivrogne », et de ces malades, il n'y a à attendre que des déboires, suggestibles et impulsifs qu'ils sont en tous sens et sans contrôle.

Les seconds, par contre, offrent incontestablement un lot de choix pour la cure.

Dans le cas des observations 9 et 13, le facteur personnel joue un grand rôle, moindre mais encore appréciable dans le cas de l'observation 2, encore qu'on ne puisse affirmer qu'il s'agissait moins dans ce cas de « volonté » que d'un défi d'origine névrotique, jeté par le malade à lui-même ? Nous avions d'ailleurs, en raison même de la nature de cette « volonté » porté un mauvais pronostic sur cette cure qui ne s'est pas réalisée.

III. LA PRISE EN CHARGE « MEDICO-SOCIALE »

Le facteur volonté est individuel et rarement efficace. Quelque importance qu'ait le facteur de « conditionnement » par le T.T.D. s'il est indispensable, il est dans la plupart des cas, INSUFFISANT.

La « prise en charge » médico-sociale post-cure est un temps rigoureusement indispensable pour :

— Pérenniser le sevrage alcoolique;

— Réintégrer l'alcoolique sevré dans la plénitude de ses fonctions : le réhabiliter.

La rigueur avec laquelle a été poursuivie cette « prise

en charge » de l'alcoolique dès sa sortie de la Clinique a étroitement conditionné les cures réussies : les observations 3, 5, 6, 7, 8, 12, en sont des illustrations remarquables.

Dans le cas 1, il est incontestable que le traitement de la dépression par le dinitrill-succinique a retourné une situation où le T.T.D. n'avait amené qu'une possibilité de « démarrage », et où l'action médico-sociale ne trouvait qu'un terrain « mou ». Dans le cas 4, l'importance du conditionnement a été considérable et il s'est, en ce qui concerne la prise en charge, plus agi d'une surveillance bienveillante que d'autre chose. C'est un soutien vigilant indispensable qu'elle a apporté dans les cas 2, 9 et 10.

La prise en charge médico-sociale comprend trois modes d'activité :

— La surveillance médicale et l'assistance sociale;

— Le rôle de la famille;

— Le rôle des organismes professionnels.

La surveillance médicale est assurée par des visites régulières au médecin spécialiste. Dans la pratique Hospitalière, les consultations d'Hygiène et de Prophylaxie Mentale sont particulièrement qualifiées pour jouer ce rôle. Le médecin règle l'administration post-cure du T.T.D., surveille organiquement le sujet, dépiste éventuellement la rechute, étudie ses réactions psychologiques, se prononce sur la reprise du travail et les conditions matérielles de ce travail, enfin exerce une influence d'autorité extrêmement importante, tant par la nature de son personnage, de sa fonction et de ses méthodes que par l'obligation pour le sevré d'avoir à se présenter à lui régulièrement et à dates prévues à l'avance.

Le rôle de l'Assistance Sociale est primordial. Dès le début de la cure, le sujet prend contact avec l'Assistante Sociale spécialisée en Psychiatrie et Hygiène Mentale qui procède à une enquête sociale sur la famille et la profession, entre en relation avec les employeurs du sujet et, avec l'Assistante Sociale de l'entreprise ou de secteur, Le service social, pendant le séjour du sujet à l'Hôpital, assure éventuellement les demandes administratives (allocations, A. M. G., Sécurité Sociale, etc...) afin que la famille n'ait pas de difficultés matérielles et que le malade se sente en sécurité. Dès que possible, on envisage l'avenir. Quand le malade est sorti, le rôle de l'Assistante Sociale devient primordial. L'Assistante spécialisée assure des visites à domicile, fait revenir le malade à la consultation et, surtout, ayant communiqué le dossier social à l'Assistante de secteur ou d'entreprise, continue en association avec cette dernière à assurer le service d'Aide et de surveillance.

Cette action qui se relâche progressivement, doit être longtemps prolongée et telle que, à tout moment et pendant longtemps, le désintoxiqué, se sent aidé... et aussi surveillé.

Le rôle de la famille : Il est très variable. Tantôt il n'y a pas à compter sur la famille, qui est quelquefois même un élément d'échec, soit qu'elle est à l'origine des conflits psychogènes, soit même en raison d'opposition active. C'est cependant rare, et là encore, l'Assistance Sociale d'Hygiène mentale est extrêmement utile. Parfois, au contraire, astreignant le malade à la surveillance médicale, veillant à la prise du T.T.D. avec un cérémonial propre à frapper l'esprit et à asseoir les résolutions, usant de fermeté au besoin, la famille, en l'espèce le plus souvent une épouse avisée, joue un rôle de premier plan.

Il est intéressant d'associer la famille dans l'œuvre

commune, avec les Assistantes Sociales. Dans certains cas (ruraux, malade de pratique privée), la famille est le soutien unique du médecin, comme dans le cas des observations 6, 8, 10 et 12.

La collaboration des Organismes professionnels : à la rénabilitation de l'alcoolique sevré est indispensable, car il faut que ce sujet qui va reprendre son travail après parfois plusieurs mois d'interruption, sous l'aspect d'un homme bien différent de celui que connaissaient ses camarades, trouve :

— *Une besogne qu'il puisse accomplir*, afin de n'être pas découragé, quitte plus tard s'il y a lieu à faire plus,

— *Un climat propre à la réhabilitation sociale.*

Il serait souhaitable que les organismes directeurs des entreprises et les responsables syndicaux soient mis au courant de ces questions.

Habituellement, guidée par l'Assistante d'Hygiène Mentale, l'Assistante sociale d'entreprise ou de secteur, informe les personnes intéressées de ce que demande la réhabilitation d'un alcoolique traité, et les choses se passent bien. Mais une erreur dans cet ordre pourrait détruire le travail de plusieurs mois et une désintoxication manquée ne se rattrape pas toujours. A titre d'exemple, un alcoolique traité par le T.T.D. qui nous avait donné beaucoup de mal, est renvoyé de l'entreprise nationalisée où il travaillait. Le bulletin de renvoi est remis heureusement à l'Assistante d'Hygiène Mentale avant de parvenir au malade. Bien entendu, on ne lui dit rien et après de multiples interventions, on réussit à obtenir son réembauchage. Il avait appris d'ailleurs incidemment son renvoi et, si nous n'avions pu lui montrer rapidement la lettre annonçant ce réembauchage, la cure

de désintoxication était vouée à un prompt échec. Ce malade travaille depuis plusieurs mois, correctement et reste sevré. (Observation non publiée en raison du recul insuffisant — moins de 6 mois de travail normal —.)

De même, il est indispensable de donner au sujet un travail proportionné à ses capacités nouvelles, peu fatigant, pas trop bruyant et de choisir l'équipe, des camarades bienveillants et sympathiques. L'attention des milieux syndicaux mériterait d'être attirée sur ce point.

Dans les cas de nos observations 1, 4, 5 et 6, les facteurs d'ambiance d'atelier ont spécialement aidé au succès de la cure. La surveillance dans le milieu de travail est d'ailleurs nécessaire, et parfois montre des choses intéressantes :

R..., après une cure T.T.D., revient à l'atelier d'usine de produits chimiques où il travaille. Au bout de quelques temps, il présente des phénomènes de vasodilatation analogues à ceux de la « phase d'expérience ». Le Service Social soupçonne la récidive alcoolique. On l'examine. Il nie. On précise les circonstances du phénomène. Il s'agissait de vapeurs d'alcool (solvant de produit utilisé dans cet atelier) qui, inhalées, s'accumulaient dans l'organisme pour finir par provoquer, après quelques heures de présence continue dans l'atelier, les accidents du complexe éthylo-Thiurane qui survenaient vers le moment de la sortie, à l'heure de l'apéritif.

Tout cela montre l'importance de la prise en charge médico-sociale prolongée de l'alcoolique désintoxiqué, et le rôle essentiel du service d'Assistantes Sociales d'Hygiène Mentale prolongé par les Assistantes Sociales d'entreprise ou de secteur pour assurer de manière prolongée :

— Le soutien « moral »,

— La surveillance de la réalité du sevrage,

— La pérennité d'une présence « médicale »,

— La liaison entre les divers éléments qui jouent un rôle dans la réhabilitation : médecin-spécialiste, orienteurs-psychologues, employeurs, organismes d'assistance et de Sécurité Sociale, etc...

II. LES ECHECS

A) Echecs complets.

La désintoxication n'a pu être faite.

Le malade, plus ou moins longtemps après la fin de la phase d'expérience T.T.D. (mais moins de 5 mois) a recommencé à boire. Il est redevenu un alcoolique sur le plan médical et sur le plan social et professionnel.

Observation 14. — M. F..., 38 ans, employé de bureau.

Status professionnel.

Alcoolisme ancien. Troubles du caractère : querelleur, violent, de plus en plus désordonné, commettant des erreurs dans son travail, difficile avec les camarades, souvent absent : « Il ne se présentait pas à son travail le lundi, où s'il se présentait, son Chef de service était obligé de le renvoyer pour la journée. Dans la semaine, il était souvent pris de boisson et s'était livré à de multiples actes de violence sur ses camarades » (enquête sociale).

Alcoolisme : Vin et apéritifs.

Amené à boire : « Entraînement ».

Examen.

Physique : Amaigri, teint terreux, hypotendu (11 × 6), hyper-réflexie tendineuse, pituites matinales.

A eu une tumeur blanche du genou et un passé pulmonaire suspect de tuberculose. Actuellement normal sous ce rapport.

Psychique : Impulsif, violent, insomnie et cauchemars, épisodes d'anxiété et de colère alternativement.

En 1949, un accès dépressif, avec idée de suicide.

Cure.

Classique, bien supportée.

Réhabilitation professionnelle.

Parfaite entre septembre et novembre 1950: « Depuis son hospitalisation, il est un être absolument normal, travaillant régulièrement et avec goût, à qui ses chefs n'ont absolument rien à reprocher. Son chef direct est très satisfait. La vie en ménage serait redevenue normale » (enquête sociale).

Mme F... assure que son mari est redevenu un être normal, travaillant régulièrement et avec goût, aimant son intérieur duquel il s'était absolument détaché.

M. F... continue son traitement au T.T.D. a de très bons camarades qui l'ont aidé à ce relèvement, regrette les incidents passés et de ne pas s'être fait traiter plus tôt.

Mais, en décembre 1950, F... devient à nouveau difficile, néglige son travail, s'absente souvent : « Mon mari a été hospitalisé en août 1950 pour une cure de désintoxication dans vos services. A sa sortie, je le croyais complètement guéri et le fait est, que pendant deux mois environ, il a été d'une tenue exemplaire. Hélas, cela n'a pas continué, et de loin en loin, il recommence à boire

et à me faire des scènes. Puis, ces faits se renouvellèrent plus fréquemment, et à l'heure actuelle, je recommence à trembler car ces scènes se renouvellent plus fréquemment. De plus, je me trouve enceinte de 4 mois et, dans son ivresse, mon mari parle de me faire « un mauvais coup » et de me faire faire une fausse-couche afin de se débarrasser de l'enfant et de moi-même. »

Repris à l'hôpital : mauvais état général, inquiet, déprimé, avec tendances hypocondriaques.

Nouvelle cure T.T.D. après repos prolongé.

Revenu chez lui, boit moins, mais continue à prendre 1 litre et demi de vin par jour. Surveillance médico-sociale difficile. Mis à un travail simple. Reste déprimé avec périodes d'énervement et toujours violent et impulsif. Gardé à son emploi par générosité.

Observation 15. — R. H..., 46 ans, ouvrier zingueur.

Status professionnel.

Alcoolisme depuis 1940.

Devenu coléreux, désordonné, irrégularités et erreurs dans le travail, baisse considérable du rendement. Plusieurs changements de place par renvoi. Progressivement, d'ouvrier d'élite devient manœuvre. Absentéisme « chronique ».

Alcoolisme : Vin et apéritifs.

Amené à l'alcoolisme à la suite d'une poussée de tuberculose pulmonaire, pensionné à 100 % : période d'oisiveté; il s'adonne alors à l'alcoolisme.

Examen.

Physique : Sclérose pulmonaire sans activité. Bon état général. asthénie, T. A. 13 × 7; foie un peu gros et douloureux.

Psychique : Inquiet, tendu, irritable; insomnie et cauchemars.

Cure.

Classique; très bien supportée.

Réhabilitation professionnelle.

Revenu d'abord en famille où on note une transformation importante; tranquille, affable, prend 10 kg. Recommence à travailler. On note alors: « Travaille avec goût et efficacité. Caractère amélioré. Redevenu un ouvrier d'élite, comme avant 1940; calme et bon camarade » (enquête sociale, octobre 1950).

Mais il continue à prendre une légère quantité de vin: un quart de litre, qu'il augmente en dépit du T.T.D. A partir de janvier 1950, il rentre chez lui congestionné, en état de demi-ivresse, travail irrégulier et de mauvaise qualité. Coléreux. Insomnie.

Observation 16. — C. P..., 34 ans, fossoyeur.

Status professionnel.

Enfant de famille nombreuse, placé de bonne heure (domestique) pour gagner sa vie. A peu près illettré. Accident du travail à 17 ans; amputation de 4 doigts. Buveur d'habitude. Depuis l'âge de 18 ans, plusieurs crises de *delirium*. Récemment tentative d'empoisonne-

ment (gardénal), sa femme l'ayant quitté. Violent, battant les siens. Aide-fossoyeur, travaillant peu et mal, souvent ivre, souvent absent. Remarques sans effet. Nombreux jours de « maladie ».

Alcoolisme : 5 à 6 litres de vin par jour.

Amené à boire : Habitude du milieu. Père et mère, grands alcooliques.

Examen.

Physique : Bon état général, rien de particulier.

Psychique : Impulsif, plastique, plutôt vif et enjoué. Labilité thymique extrême. Niveau mental faible. Très fruste, brutal.

Cure.

T.T.D. classique, sans incident.

Réhabilitation professionnelle.

Plein de bonne volonté, se dit heureux de la cure. Devenu plus aimable.

Reprise du travail. Assez rapidement espace, puis cesse le T.T.D. retrouve ses habitudes d'intempérance et ses troubles psychiques.

Observation 17. — P. T..., 47 ans, ajusteur mécanicien.

Status professionnel.

Très bon ouvrier jusqu'en 1939. Se laisse aller alors « entraîner », et depuis cette époque boit beaucoup. Paraît bien tolérer son intempérance jusqu'en 1948.

A partir de cette époque, devient mou et apathique, troubles de la mémoire, dilapide sa paye, devient un mauvais ouvrier : erreurs nombreuses et graves, rendement médiocre. Plutôt calme, béat.

Quelques épisodes d'ivresse. Deux séjours dans des hôpitaux psychiatriques. Sevrage alcoolique qui « tient » deux et trois mois.

Les phénomènes sont de plus en plus marqués : il est question de lui donner un emploi médiocre et peu rétribué.

Examen.

Physique : A eu des syncopes (?). Rétrécissement concentrique des champs visuels. Foie un peu gros, sujet obèse, congestif. T. A. 16 × 9. T. A. R. 50 ; pas de signes neurologiques.

Psychique : Béat, euphorique, sans déficit amnésique véritable, ni symptôme valable de type déficitaire. Dit désirer la désintoxication.

Cure.

Classique, sans incident.

Réhabilitation professionnelle.

Reprend son travail aussitôt après la cure. Il est surveillé par l'Assistante Sociale d'entreprise et par sa femme, énergique, qui est avertie et veille sévèrement. Son travail l'oblige à prendre le repas de midi à l'usine. Tout va très bien pendant 2 mois et, professionnellement, il reprend une activité excellente — ce qui montre bien qu'il n'y a, chez lui, aucun déficit mental irréversible. Mais sa femme ne peut plus le surveiller étroi-

tement car elle est très prise par un petit commerce : il prend irrégulièrement le T.T.D., il augmente la ration de vin, et progressivement retourne à l'état antérieur, euphorique, avec quelques épisodes d'ivresse. Inattentif, lent et maladroit.

Etude des facteurs d'échec.

On doit d'abord bien noter que nous avons éliminé de cette étude les cas d'alcoolisme secondaire à un état psychopathique caractérisé : manie ou mélancolie arrosées, P. G., etc..., chez lesquels, bien entendu, le traitement de l'état pathologique causal constitue le fondement de la thérapeutique et où le T.T.D. ne peut représenter qu'un élément d'appoint dont les applications ne sont d'ailleurs pas encore bien précises.

Chez le « Buveur d'Habitude », les facteurs principaux d'échecs nous ont paru être :

1° *L'existence de troubles profonds et anciens du caractère*, du type de la « dysharmonie »; déséquilibré psychique classique, entraîneur mélange de psycho-plasticité, d'aboulie et d'instabilité générale, particulièrement propre à servir d'avenue à l'alcoolisme et à en rendre plus graves les manifestations mentales. C'est le cas des sujets des observations 14 et 16.

Par contre l'ancienneté de l'intoxication n'a pas paru jouer un rôle digne de remarque en tant que cause d'échec. Mais « l'atavisme » surtout entendu dans le sens d'exemple de l'alcoolisme chez les éducateurs, ou encore d'alcoolisme d'habitude dans le milieu ou la contrée de l'enfance, joue un rôle qui nous a paru spécialement néfaste (observation 16). Des faits du même genre ont été signalés en Bretagne et en Belgique.

2° *Une courte pratique de l'absorption de T.T.D. après la sortie de la Clinique.* En nous fondant sur certaines méthodes, nous avions limité à 3 mois la prise quotidienne du cachet de T.T.D. Progressivement, l'expérience nous a montré qu'il fallait continuer plus longtemps. Dans l'ensemble, les « succès » ont été traités pendant plus de six mois, certains demeurent encore astreints au cachet quotidien depuis plus de 7 mois.

A l'heure actuelle, l'absorption prolongée de T.T.D. à la dose de 0 g. 25 par jour paraissant faire la preuve de son innocuité, nous envisageons de prolonger pendant un an la prise de T.T.D.

Dans le cas des observations 14, 15 et 16, la suppression précoce du T.T.D. a été un des facteurs d'échec.

3° *Le défaut de désir de cure.* Il faut un minimum de désir de guérir de l'alcoolisme de la part du sujet. La cure par le T.T.D. ne peut pas être faite contre le malade, ni même sans lui; c'est seulement *avec lui* qu'elle a quelque chance de réussite. Cette coopération est variable. Tantôt elle est minime, au moins au commencement, mais c'est souvent suffisant et on voit plus souvent qu'on ne s'y attendrait le malade en cours de cure se prendre au jeu et devenir activement coopérant. L'hostilité à la cure est, pour ainsi dire, rédhibitoire. C'est probablement la raison principale de l'échec du cas 14.

4° *La tolérance d'une certaine quantité d'alcool* (vin, bière) après la cure en Clinique. Nous nous sommes expliqués plus haut sur notre point de vue à cet égard. Quel que soit le prétexte, laisser une marge de tolérance alcoolique après la cure a toujours été la porte ouverte vers l'échec. Ce fut éclatant dans le cas 15.

Nous avons pu le vérifier dans d'autres nombreux cas

que nous ne rapportons pas dans ce travail; chez ces sujets suivis de près par les services sociaux et aux consultations de surveillance, on pouvait saisir le moment où, de demi-verre en demi-verre, ils atteignaient la dose toxique, au mépris des réactions au T.T.D., qui devenaient de moins en moins vives, tout comme s'il se réalisait une mithridatisation physique et psychique. L'arrêt brusque et complet de l'imprégnation alcoolique constitue alors la seule mesure valable. Et encore faut-il le faire à temps.

5° *La prise en charge médico-sociale,* est certainement le moyen le plus propre à combattre les effets des facteurs qui s'opposent à la réussite de la cure T.T.D.

Il faut bien reconnaître que la plupart des « Buveurs d'habitude » appartiennent à la catégorie des dysharmoniques dont il était question plus haut. Livrés à eux-mêmes, il y a peu de chance qu'ils réussissent à guérir. L'assistance post-cure les aidera, et dans les cas où le trouble du caractère est marqué, l'assistance médico-sociale est le facteur capable de faire pencher la balance du bon côté, à un moment décisif de la cure, quand le sujet reprend sa vie sociale.

Nous avons dit déjà comment la réhabilitation professionnelle est liée intimement à cette prise en charge médico-sociale. Le retour à la capacité professionnelle réalise à la fois la « récupération » sociale et un nouveau moyen de « consolidation » de la cure. Les échecs, dans les cas 15 et 16 sont, pour la plus grande part liés à l'impossibilité d'assurer cette prise en charge. Quant au cas 17, il est l'illustration la plus éclatante de l'importance de ce facteur : après une cure parfaite; bonne volonté et volonté de guérir, fonds mental très suffisant, pas de déséquilibre spécialement marqué, prise ulté-

rieure de T.T.D. bien régulière et poursuivie. mais difficulté pour le faire revenir aux consultations de surveillance (éloignement. occupation des siens. congés difficiles à obtenir) au service d'Hygiène et Prophylaxie Mentale de La Grave à Toulouse. difficulté pour avoir la collaboration du Service Social d'entreprise. mal organisé encore. Alors tout se passe bien tant que sa femme. intelligente et mise au courant. a le temps de s'occuper de lui. Vient un jour où la maladie d'un membre de la famille oblige. sous peine de graves ennuis matériels. cette dame à s'occuper. en plus de ses travaux habituels. d'un petit commerce qui les aide à vivre. E. T... est seul. sans surveillance. sans soutien psychologique aussi. Il résiste quelque temps. puis progressivement. c'est la récidive.

Ce cas est à comparer avec le cas 12. Ces deux hommes se trouvent dans des situations analogues : mêmes caractéristiques mentales. même milieu. même genre de vie. carence d'Assistance Sociale. épouse ferme et avertie. Mais dans le cas 12. M^me^ F... a la possibilité matérielle de s'occuper de son mari. la cure réussit parfaitement et N. F... est redevenu un parfait agriculteur. rendant chaque semaine 50 ou 60 heures de travail efficace. tandis que E. T... est toujours un ouvrier de plus en plus médiocre qui s'achemine vers l'état d'épave à la charge de la société.

B. Echecs partiels.

La désintoxication a pu être faite.

Le sujet ne boit plus. mais il n'a pas repris ses occupations professionnelles et il demeure un inapte à la charge de la société.

Observation 18. — E. J..., 56 ans, ajusteur-mécanicien.

Status professionnel :

Ouvrier spécialisé travaillant régulièrement jusqu'en 1937. A cette époque, éthylisme important, crises subaiguës et développement d'idées de jalousie. Violent, colléreux. Interné à Paris, en Seine-et-Oise, puis à Toulouse jusqu'en 1942. Par la suite, reprend son travail, mais comme simple ouvrier. Reboit. Nouvelles crises d'agitation et reprise des idées de jalousie avec interprétations, violences sur sa femme.

Alcoolisme : vin et apéritifs.

Examen.

Physique : Pas de signes de polynévrite.

Appareil cardio-vasculaire : bruits normaux. T. A. : 14 × 7.

Appareil digestif : pas de signes fonctionnels, foie un peu gros.

1948 :

B. W. négatif.

L. C. R.: Cellules : 0,2; albumine : 0,30 T; benjoin : 0000 0; B. W. négatif.

Sang : Urée : 0 g. 38; B. W. négatif.

Examen psychiatrique :

Aucune hostilité, aucun désir véhément, demande à vivre en tranquillité. Il est venu à l'hôpital *de son gré*, sur

sa demande, car il se sentait fatigué et a préféré « prendre le mal au début »; il désire rester un mois et se faire traiter.

Mène depuis cinq ans une vie régulière : déjeune à la cantine, dîne au restaurant, ne sort pas le soir, passe les samedis et les vacances chez son directeur pour cultiver le jardin, le dimanche se repose le matin et va avec des camarades l'après-midi.

Léger tremblement et quelques troubles digestifs.

Dans le service : discipliné, serviable, demande avant tout qu'on le garde un mois, garde seulement l'arbitraire de son internement en 1936 et la possibilité pour sa femme de le faire réinterner s'il revient à Paris. Très confiant dans les médecins, ceux qu'il a eus dans les asiles comme actuellement. N'a aucun désir de vengeance. Pas d'idées de jalousie active. Confiant.

Cure de T.T.D. : Normale.

Réhabilitation professionnelle.

Après plusieurs essais, se dit facilement fatigué, demeure indifférent à la poursuite d'une vie sociale normale. Il n'est ni délirant, ni frappé de diminution intellectuelle grave. Surveillé de très près, il ne boit plus. Les examens physiques répétés sont d'ailleurs en faveur d'un sevrage alcoolique réel. Doux, un peu taciturne. Il reste à son usine comme manœuvre mais absences assez fréquentes sous prétexte de fatigue. Bon état général. Il demande à revenir dans les hôpitaux. Il s'est développé, chez ce sujet, une appetition spéciale pour le séjour dans les hôpitaux, sur un fondement hypocondriaque léger, avec perte du goût pour l'activité sociale. Il n'a pas d'amis, ne sort pas et il est probable qu'il faudra finir par le pla-

cer dans un hospice ou un hôpital psychiatrique où il fournira un « travailleur », à condition qu'il puisse se laisser vivre sans initiative.

OBSERVATION 19. — D. B..., 40 ans, mécanicien.

Status professionnel.

Etudes de mécanique en Italie. Tour à tour mécanicien de locomotive dans une entreprise privée, puis chauffeur de camion, enfin mécanicien d'entretien dans une usine de tissage.

Bon ouvrier, mais diminution progressive de sa valeur professionnelle depuis 1947 sous l'influence de l'alcoolisme. Violent, querelleur, irrégulier dans son travail.

Alcoolisme par vin, liqueurs et apéritifs.

Examen.

P h y s i q u e : Délire aigu chez un éthylique ancien. Hospitalisé en placement d'office.

Amaigrissement important (20 kg.).

Signes d'imprégnation éthylique. Pituites matinales. Rêves zoopsiques. Etat général très déficient.

Signes de polynévrite éthylique, remontant déjà à deux ans.

Douleurs à la pression des masses musculaires et à l'élongation des nerfs sciatiques, surtout à gauche.

Sang :

Urée : 0 g. 75.
B. W. : négatif.
Glycémie : 0 g. 90.

Psychique : Vit avec sa femme, marié depuis 6 ans; pas d'enfants.

L'imprégnation éthylique est ancienne.

Depuis 6 ans, excès de boisson continuels, rentrait ivre et battait sa femme. Dépensait à la boisson toute sa pension et sa pension d'invalidité (accident de travail). Sa femme devait lui dérober l'argent pour son ménage pendant son ivresse.

Depuis 5 ans, se plaint de crampes douloureuses, de fourmillements dans les mollets.

Les premiers délires remontent à 3 mois. A cette époque, a commencé à accuser injustement une voisine de l'avoir dénoncé. Part à la police pour se défendre. Le lendemain, prétend que son frère est dans la pièce, à côté.

Depuis 8 jours, ne parle plus que d'enterrements de tous ses parents, attend des télégrammes, va à l'église. Puis démonte ses meubles et prépare des sacs pour mettre les morts de sa famille. Part en chemise de nuit chez les voisins pour chercher des hommes imaginaires qui veulent sa mort.

Cure :

T.T.D. normalement suivie et supportée.

Suivi depuis 7 mois : sevrage alcoolique total, vérifié à plusieurs reprises.

Réhabilitation professionnelle.

N'a pas repris son travail malgré le succès de la cure et un excellent état général. Il prétend être fatigué, sans appétit, asthénique. Sa femme est seule à pourvoir aux

besoins de la famille. D. B... se promène toute la journée, se plaint de « fatigue » dès qu'on lui demande un effort physique, et donne l'impression d'un « sinistrosé ». Il n'a jamais été très vaillant et il est probable qu'un élément de fainéantise intervient dans sa conduite actuelle.

Observation 20. — B. N..., 47 ans, marbrier-sculpteur.

Status professionnel.

Ouvrier spécialisé, travail artistique. Est resté longtemps dans la même entreprise pour monuments en marbre et pierre, comme sculpteur-décorateur. Cette maison ayant fermé, il a été employé pour diverses raisons de restauration architecturale, mais de manière irrégulière. Très bon ouvrier, tout au moins au cours des années qui ont précédé son renvoi de la marbrerie.

Actuellement, aurait conservé des aptitudes professionnelles tout à fait bonnes, sans être un ouvrier d'élite, mais capable de travaux encore remarquables, classiques ou copies.

Alcoolisme : Vin, 6 à 7 litres par jour.

Examen.

Physique : Mauvais état général, anorexie; gros foie, quelques symptômes polynévritiques.

Psychiatrique: Ethylisme subaigu, tremblement, onirisme vespéral, hyperémotif avec pleurs ou emportement faciles, jamais violent, plutôt « mou ».

Cure :

T.T.D. normalement supportée.

Sevrage total vérifié depuis plusieurs mois.

Réhabilitation professionnelle.

B. N..., n'a pas repris son travail. Il ne trouve pas de place, dit-il. Il ne veut pas faire autre chose que son métier de sculpteur-décorateur. Si on lui propose un travail pour la fabrication et la sculpture des lettres des monuments funéraires, il trouve cette besogne trop pénible ou indigne de ses talents. Il proteste de sa bonne volonté, mais il ne fait rien pour s'aider ou aider le service social qui se dépense pour lui trouver une place. A trois reprises, il a travaillé 8 ou 10 jours dans une entreprise de restauration des monuments historiques. Mais ce genre de travail est rare. Le reste du temps, B. N... flâne, se « repose ». B. N... est un fainéant qui cherche surtout à vivre sans rien faire.

Commentaires de ces cas.

Dans le premier cas, la bonne volonté du sujet est apparemment totale, mais l'échec de la réhabilitation professionnelle est lié à une sorte d'état psychasthénique dont la traduction est l'impossibilité de vivre en dehors d'un milieu où tout est réglé d'avance, et un milieu médical qui puisse, à tout moment, satisfaire les craintes hypocondriaques. C'est « l'hospitalisme ». Cette tendance paraît indépendante de l'alcoolisme. La cure T.T.D. a amené une grande amélioration dans ce cas en supprimant les manifestations d'un grave état d'alcoolisme subaigu. Nous nous demandons aussi si cet état n'est pas lié à un reliquat d'état délirant. E. J... cherchant dans une vie stéréotypée d'asile que l'apragmatisme professionnel lui procurera, un refuge contre la menace d'internement qu'il pense que sa femme laisse planer sur lui, par une sorte d'illogisme apparent à motivation délirante.

L'échec de la réhabilitation professionnelle (19 et 20) est lié à un état bien spécialisé d'apragmatisme avec fainéantise, dissimulé sous des tendances sinistrosiques ou vaguement psychasthéniques dans le cas 19, et sous la prétention de talent artistique à ne pas « prostituer » dans le cas 20.

Les efforts des services d'orientation professionnelle, d'Assistance Sociale, sont vains contre ces manifestations. Le sujet 19 est un petit schizoïde, à tendances hypocondriaques, facilement revendicateur; le sujet 20 est un dysharmonique, avantageux, menteur et profiteur. Tous deux sont « mous », asthéniques, verbeux.

L'alcoolisme paraît indépendant de ces tendances qui sont anciennes. Tout au plus, l'alcoolisme a-t-il agi pour renforcer les tendances asthéniques.

Il faut noter, chez ces trois sujets, une certaine psychoplasticité : tous trois sont venus à la cure de leur plein gré et deux l'ont spontanément demandée (18 et 19). On peut penser que dans les cas (19 et 20, et surtout 20), une action un peu brutale, sous le couvert médical, et sous forme de cure d'huile soufrée ou analogue, aurait une action « dynamisante » intéressante.

En pratique, c'est la seule manière, sans doute, qui permette d'éviter l'échec de la réhabilitation professionnelle après le sevrage alcoolique.

Conclusions

L'alcoolisme est un « fléau » social dont les conséquences, individuelles et collectives sur la valeur professionnelle, sont considérables et peut-être seront bientôt catastrophiques, en raison de l'extension croissante de l'alcoolisme.

L'alcoolisme est à la fois une maladie individuelle et une maladie sociale.

Vu sous l'aspect individuel, le traitement de l'alcoolisme comporte la désintoxication, dont on peut penser que de nombreux procédés peuvent la réaliser, depuis l'énergie de l'alcoolique à peine aidé par les médecins, jusqu'aux méthodes disciplinaires, avec ségrégation. Ce n'est qu'un premier temps, car la deuxième étape, la consolidation du sevrage est bien plus difficile. Quand l'alcoolisme est symptomatique d'un état mental pathologique caractérisé, c'est à lui qu'il faut s'adresser et le pronostic de la cure de l'alcoolisme est celui de la cure de sa cause. Si l'alcoolisme est « primitif », la consolidation de la cure peut être assurée par une psychothérapie post-cure, dont on peut d'ailleurs penser que la manière analytique, psychodrome ou analyse classique, représente le procédé le plus intéressant, le plus logique et le plus sûr.

Mais cette psychothérapie est *individuelle*, longue, difficile, applicable à un nombre restreint de sujets, et dans

l'état actuel de nos ressources et de nos techniques, sans valeur pratique comme traitement de « masses », c'est-à-dire *sans effet social appréciable.*

La méthode par le Tétra-ethyl-Thiurame-Disulfide paraît être un procédé original et susceptible d'être utilisé comme traitement de « masses », a certaines conditions :

1. Le T.T.D. est pratiquement sans nocivité. Appliqué à 61 alcooliques, il n'a entraîné des troubles, dont on peut affirmer qu'ils sont réellement consécutifs au T.T.D. et qui ont contraint de l'abandonner, que dans deux cas. Sur 69 alcooliques examinés en vue de la cure T.T.D., nous en avons éliminé 8 pour cause d'hypotension artérielle, de déficience grave du foie, de tendance aux hémorragies et aux exsudations artériolaires avec hypotension, de tendances hémorragipares et encore sommes-nous actuellement moins sévères.

2. Bien entendu, on doit éliminer, tout au moins en vue de la réhabilitation professionnelle, les alcooliques secondaires, c'est-à-dire ceux dont l'alcoolisme est le symptôme d'une psychopathie caractérisée : manie arrosée, cyclothymie, grande oligophrénie, dysharmonie grave. Et encore il y a intérêt à pratiquer la cure de désintoxication et à refaire ensuite le bilan psychiatrique, on a la bonne surprise de s'apercevoir que certains symptômes inquiétants étaient liés à l'alcoolisme et que le sujet vaut mieux qu'on n'aurait osé espérer et mérite que l'on fasse une tentative de réhabilitation.

Mais, en principe, c'est au *buveur d'habitude* que s'adresse le projet de cure T.T.D. en vue de réhabilitation professionnelle.

D'ailleurs une méthode qui se veut d'utilité « sociale » a le devoir de chercher tous les moyens pour être étendue

« au plus grand nombre ». Il y a tout à gagner à cette attitude, rien à y perdre. Et les restrictions préalables ou systématiques doivent être examinées de près et avec beaucoup d'esprit critique.

3. La cure T.T.D., pour être réussie, comporte des impératifs :

Premières étapes de la cure dans une clinique spécialisée; les périodes de « nettoyage », de « charge » et « d'expérience », pour des raisons de sécurité organique et psychologique, exigent que l'alcoolique soit sous surveillance et discipline médicale continues. C'est dire que, parfois, c'est dans un service fermé, sous la Loi de 1838, que ces périodes doivent se passer.

Un minimum de volonté ou au moins de désir, de la part du malade, de se désintoxiquer, paraît nécessaire. Nous ne connaissons pas actuellement les modes d'actions biochimiques et psychologiques du T.T.D. On n'ose affirmer qu'il s'agit de réflexe conditionné. Mais un certain gré du malade paraît plus qu'important. Cependant, il serait intéressant de savoir ce que pourrait rendre la cure T.T.D. *imposée* aux alcooliques, si la législation le permettait, ce qui augmenterait, à coup sûr, le « rendement » social de la cure T.T.D. Mais un rôle important dévolu aux médecins et aux services d'Assistance Sociale psychiatrique est d'amener préalablement à la cure l'alcoolique au consentement, et plus qu'au consentement, au désir de se faire traiter.

4. Après le sevrage, la perennité de la désintoxication et la réhabilitation professionnelle sont absolument liées à la « prise en charge » médico-sociale du buveur sevré.

Cette prise en charge médico-sociale est réalisée essentiellement par le service des consultations d'Hygiène et de

Prophylaxie Mentales, qui soumet le sujet à des visites régulières, le surveille chez lui, à l'atelier, reste en contact avec lui, avec sa famille, avec ses employeurs, l'aide dans les difficultés matérielles et administratives, conseille sur le mode de reprise du travail et les affectations dans la profession. Ce service, dirigé par un médecin spécialisé, est « axé » pour ainsi dire sur l'Assistance Sociale de Psychiatrie, qui doit être confiée à des Assistantes Sociales spécialisées. Ce service est le facteur actif et indispensable pour assurer la réhabilitation sociale du buveur sevré.

Bien entendu, il est nécessaire, pour cette œuvre, d'y associer :

— Les Assistantes Sociales de secteur ou d'entreprise;

— La famille du sujet;

— Ses employeurs qui doivent être au courant de l'œuvre à accomplir, et y collaborer en fournissant au sujet à réhabiliter des travaux adéquats à ses capacités et un compagnonnage compréhensif.

Sous ce dernier rapport, les organisations professionnelles syndicales seraient susceptibles d'être très utiles, en plaçant leur camarade, buveur guéri, dans une atmosphère sympathique. Nous ne pensons pas que les « clubs de buveurs guéris » aient des chances de succès en France. Par contre, l'aide discrète des camarades, l'entourage par des compagnons compréhensifs, sont certainement des atouts de premier ordre dans le jeu de ceux qui cherchent à faciliter la réhabilitation du buveur sevré.

5. Cette œuvre de réhabilitation professionnelle est de longue haleine.

Dans l'état actuel des choses, le groupe Cure de T.T.D. + prise en charge, paraît être le seul système applicable

sur une grande échelle, c'est-à-dire « socialement rentable », car *médicalement efficace*, et matériellement réalisable. Le principal, est de donner aux services d'Assistance Sociale de Psychiatrie, toute l'importance que leur rôle justifie et d'augmenter ainsi les moyens d'action contre l'alcoolisme.

6. A l'appui de cette manière de voir, nous apportons les statistiques suivantes :

Alcooliques examinés : 69.

Alcooliques retenus pour la cure T.T.D. : 61.

Cures interrompues en raison d'intolérance au T.T. D.: 2.

Observations retenues pour le travail sur le sujet de la réhabilitation professionnelle :

Premier tri : effectué, en éliminant les psychopathes pour lesquels l'alcoolisme n'était qu'un symptôme, la vie sociale ultérieure demeurant conditionnée par l'état mental pathologique primitif : 53.

Deuxième tri : effectué en éliminant les cas dont l'ancienneté de la cure est inférieure à 8 mois et ceux au sujet desquels on n'a pu avoir les renseignements nécessaires : 20.

Sur ces 20 cas :

Succès comportant le sevrage alcoolique et la reprise satisfaisante du travail : 13.

Echecs t o t a l : Sevrage manqué : 4.

p a r t i e l : Sevrage réussi, mais pas de réhabilitation professionnelle : 3.

7. Nous avons analysé les facteurs principaux de succès et d'échec de la cure T.T.D. par rapport à la réhabilitation professionnelle des alcooliques.

On pourrait en conclure :

— D'abord ce que tous les psychiatres savent bien, à savoir que l'alcoolisme est une maladie individuelle, qu'elle n'a pas de chimiothérapie spécifique et universelle;

— Ensuite que le T.T.D. pour des raisons qu'il n'y a pas ici à discuter, mais sans doute plus psychogénétiques que proprement biochimiques, constitue une méthode de sevrage spécialement commode et efficace, et socialement utilisable en raison des conditions matérielles de son application;

— Enfin, que la cure T.T.D. sous tendue par une action psychologique que nous avons définie et étudiée, sous le nom de *prise en charge médico-sociale post-cure* permet, dans un nombre élevé de cas, et assurément plus que tout ce qui a été fait jusqu'ici, la réhabilitation sociale et particulièrement professionnelle des alcooliques.

Vu : *Le Président de Thèse,*
RISER.

Vu : *P. le Doyen,*
L'Assesseur,
BRUSTIER.

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse le 8 Juin 1951.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

DELAY, PICHOT, THUILLIER. — Mécanime d'action de l'Antabus dans le traitement de l'alcoolisme. (Ann. Med. Psych. Octobre 1949, p. 315 *Bibliographie*).

— Les nouvelles chimiothérapies de l'alcoolisme. (Ann. Med. Psych. Novembre 1949, p. 426).

DESHAIES. — Les conditions psychologiques de l'alcoolisme. (Hygiène Mentale-Encéphale, 1946-1947 n° 192. *Bibliographie*).

DESRUELLES, DE BROUSSE, FELLION. — Action sur la circulation rétinienne du T.T.D. (Ann. Med. Psych. Décembre 1950, p. 649).

DUBLINEAU, ROELENS. — Poussées anxieuses au cours de l'épreuve du vin, dans le traitement par l'Antabus. (Ann. Med. Psych. Mars 1951, p. 321).

— Réactions vasculaires paradoxales chez un malade traité par le T.T.D. (Ann. Med. Psych. Mars 1951, p. 319).

FELDMANN. — Introduction à l'étude des traitements de l'alcoolisme chronique. — (Médecine et Hygiène, 1er nov. 1950).

FURTADO. — Accident par le T.T.D. (Presse médicale, 8 juillet 1950).

GAYRAL. — La réhabilitation professionnelle des alcooliques traités par le T.T.D. (Société de Médecine du Travail de Toulouse, Mars 1951 et Archives des Maladies professionnelles (à paraître en 1951).

HEERNU. — La théorie des réflexes conditionnels en psychiatrie. (LXXVme Congrès Anniversaire de la Société de Médecine Mentale de Belgique, Gand, 1946 et Act. Neurologica et Psychiatrica Belgica 1946).

LABOUCARIE. — Premier Bilan Thérapeutique du T.T.D. dans l'alcoolisme chronique. (Toulouse Médical, Nov. 1951, p. 21).

LE COQ, FOUQUET. — La thérapeutique des alcooliques. (Ann. Med. Psych., Janvier 1950, p. 88, *Bibliographie*).

LE TAILLEUR, DE BURES, DURBAN. — Troubles de la circulation cérébrale au cours du traitement par le T.T.D. (Ann. Md. Psych., Janvier 1951, p. 79).

MORSIER (DE). — Le traitement biologique de l'alcoolisme chronique par l'apomorphine. (Ann. Med. Psych., Mai 1949, p. 459).

OULES, ALLAIN. — Place de la Psychothérapie dans le traitement de l'alcoolisme par le T.T.D. (Ann. Med. Psych., Janvier 1951, p. 76).

PERRET et BECKER. — Accident et insuffisance de la thérapeutique de désintoxication alcoolique par le T.T.D. (Toulouse Médical, Mars 1951, p. 27).

POTTIER, DE BURES, DU COUEDEC. — Anxiété et confusion mentale épisodique au cours d'une cure de T.T.D., (Ann. Med. Psych., novembre 1950, p. 512).

REQUET, REVOL. — Une nouvelle cure de l'Alcoolisme (Presse Méd., 22 octobre 1949).

REQUET. — La situation du Buveur et son traitement (Presse Méd., 25 Mars 1950).

Dépôt légal : 2me Trimestre 1951. — N° 511

Imp. Artistique - Lavaur (Tarn)